



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

**Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen.
soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren**

Fasel, T ; Baer, N ; Frick, Ulrich

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-43859>
Monograph

Originally published at:

Fasel, T; Baer, N; Frick, Ulrich (2010). Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren. Neuchâtel: Obsan.



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN DOSSIER 13

13

Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen

Soziodemographische, regionale,
krankheits- und systembezogene Indikatoren

Tanja Fasel, Niklas Baer, Ulrich Frick

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch.

In der **Reihe «Obsan Dossier»** erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

- Tanja Fasel, Niklas Baer (Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Kantonale Psychiatrische Dienste Baselland, Liestal)
- Ulrich Frick (Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Universität Zürich)

Projektleitung Obsan

Paul Camenzind

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 13

Zitierweise

Fasel, T., Baer, N. & Frick, U. (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren* (Obsan Dossier 13). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Bundesamt für Statistik

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tel. 032 713 60 45

E-Mail: obsan@bfs.admin.ch

Internet: www.obsan.ch

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch > Publikationen

(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1004-05

ISBN

978-3-907872-81-9

© Obsan 2010



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen

Soziodemographische, regionale,
krankheits- und systembezogene Indikatoren

Tanja Fasel, Niklas Baer, Ulrich Frick

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Résumé	7
1 Ausgangslage und Fragestellung	9
2 Vorgehen	11
3 Indikatoren der Inanspruchnahme	13
4 Krankheitsbezogene Indikatoren	15
4.1 Art der Erkrankung	15
4.1.1 Epidemiologie	15
4.1.2 Inanspruchnahme	16
4.2 Schweregrad, Chronizität, Komorbidität	21
4.2.1 Epidemiologie	21
4.2.2 Inanspruchnahme	23
4.3 Gesundheitsverhalten und Einstellungen	24
5 Soziodemographische Indikatoren	27
5.1 Alter	27
5.1.1 Epidemiologie	27
5.1.2 Inanspruchnahme	27
5.2 Geschlecht	28
5.2.1 Epidemiologie	28
5.2.2 Inanspruchnahme	29
5.3 Zivilstand	30
5.3.1 Epidemiologie	30
5.3.2 Inanspruchnahme	31
5.4 Sozioökonomischer Status	31
5.4.1 Epidemiologie	32
5.4.2 Inanspruchnahme	33
5.5 Herkunft	35
5.5.1 Epidemiologie	35
5.5.2 Inanspruchnahme	36
6 Regionale Indikatoren	39
6.1 Charakteristika der Wohngegend	39
6.1.1 Epidemiologie	39
6.1.2 Inanspruchnahme	40
6.2 Stadt/Land	40
6.2.1 Epidemiologie	40
6.2.2 Inanspruchnahme	41
6.3 Soziale Unterstützung	41
6.3.1 Inanspruchnahme	42
7 Indikatoren des Versorgungssystems	43
7.1 Grosse Unterschiede nach Versorgungssystem	43
7.2 Dichte der Versorgungsangebote	43
7.3 Erreichbarkeit	44
7.4 Hausarztpraxen	44
7.5 Austrittsplanung und ambulante Strukturen	44
7.6 Hospitalisationen in der Vorgeschichte	45
8 Fazit	47
9 Literatur	49

Zusammenfassung

Ausgangslage

Mit einer Jahresprävalenz in der Grössenordnung von 25% sind psychische Störungen in der erwachsenen Bevölkerung westlicher Länder weit verbreitet. Trotz steigender Behandlungsraten werden psychisch erkrankte Menschen jedoch nach wie vor sehr häufig nicht oder fehlversorgt, wobei beträchtliche regionale Unterschiede bestehen können. Ein besseres Verständnis der Einflussfaktoren und ihrer Dynamik auf die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten kann die Steuerung der psychiatrischen Versorgung unterstützen und die Interpretation regionaler Unterschiede erleichtern.

Methode

Datengrundlage für vorliegende Studie bildet eine Literaturrecherche in den Datenbanken medline, psycInfo, PSYINDEX und EMBASE mit den Freifeld-Stichworten „utilization“, „use“ oder „usage“ in Kombination mit jeweils „service“, „healthcare“ und „medical supply“. Durch Schnittmengenbildung mit Begriffen wie „mental health“, „psychiatric morbidity“ und „mental illness“ wurden die Treffer reduziert. Ein Gegencheck erfolgte mittels der Suchbegriffe "Mental Health Services/utilization" als „medical subject headings“. Zusätzlich wurden ausgesuchte Zeitschriften einer Handsuche unterzogen. Aus den Abstracts wurde jeweils bestimmt, ob Determinanten beziehungsweise Subgruppenanalysen berücksichtigt sind. Schliesslich wurden knapp 300 Publikationen ausgewählt, hinsichtlich Zweck, Vorgehen und Hauptresultaten beschrieben, nach Einflussfaktoren codiert und in einer Datenbank zusammengefasst.

Resultate

Die Literaturanalyse vermittelt ein komplexes und dynamisches Bild der Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten durch psychisch kranke Menschen. Eine Reihe von soziodemografischen Merkmalen (weibliches Geschlecht, alleinstehend, arbeitslos, geringe soziale Unterstützung u.a.), regionalen Charakteristika (Urbanität, Arbeitslosenquote, Ärztedichte, Anteil älterer Einwohner u.a.), krankheitsbezogenen Faktoren (Schweregrad, Chronizität, Behinderungsfolgen, schlechter subjektiver Gesundheitszustand u.a.) sowie systembezogenen Indikatoren (Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten, Qualität der Nachsorge bei Klinikaustritten, Vorhandensein integrierter gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen u.a.) zeigen relativ konsistente Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme.

Dabei ist bei vielen Einflussfaktoren zu differenzieren nach Art des Angebotes: Personen mit höherer Bildung begeben sich eher in spezialisierte Behandlung, Personen mit tieferer Bildung eher in allgemeinmedizinische sowie Notfallbehandlungen. Weiterhin beeinflussen Geschlecht, Alter, Herkunft, Erkrankung und andere Faktoren die Inanspruchnahme. Insgesamt zeigen sich komplexe Interdependenzen der Einflussfaktoren, die es schwierig erscheinen lassen, ein einstufiges Bedarfsmodell einer Versorgungspopulation nur aufgrund von Randbedingungen der Bevölkerung selbst zu erstellen. Die analysierte Literatur zeigt jedoch mit grosser Konsistenz, dass es sich letztlich beim Bedarf nach Behandlung um den zentralen Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme handelt. Allerdings wird nach wie vor ein erheblicher Teil der psychisch Erkrankten gar nicht psychiatrisch behandelt.

Schlussfolgerungen

Die Häufigkeit und die Art der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen werden - neben dem medizinischen Behandlungsbedarf - durch viele weitere interdependente Faktoren beeinflusst. Die Bedeutung sozialer Faktoren wie Arbeitslosigkeit und soziale Isolation sowie systemimmanenter Fak-

toren wie die Qualität der Austrittsplanung weist darauf hin, dass das Gesundheitssystem Aspekte der gesellschaftlichen und beruflichen Integration der Patientinnen und Patienten prioritär fokussieren sollte. Vor dem Hintergrund der Komplexität der Einflussfaktoren und der teils inkonsistenten Datenlage scheinen zum heutigen Zeitpunkt Vergleiche von Versorgungspopulationen anhand vereinfachter Bedarfsdeterminanten zu wenig zielführend.

Résumé

Contexte

Avec une prévalence annuelle de l'ordre de 25%, les troubles psychiques sont très répandus dans la population adulte des pays occidentaux. Bien que le taux de traitement soit en hausse, les maladies psychiques sont peu soignées ou le sont d'une manière inadéquate, de plus, les différences entre régions peuvent être importantes. Une meilleure compréhension, d'une part des facteurs qui déterminent le recours aux soins psychiatriques et d'autre part de la dynamique qui anime ces facteurs, pourrait contribuer à améliorer le pilotage des soins psychiatriques et à faciliter l'interprétation des différences régionales.

Méthode

La présente étude s'appuie sur une exploration de la littérature spécialisée dans les banques de données medline, psycInfo, PSYINDEX et EMBASE. Une recherche « plein texte » a été effectuée en utilisant les mots clés « utilization », « use » et « usage » combinés avec les mots « service », « healthcare » et « medical supply ». Un recoupement avec des termes tels que « mental health », « psychiatric morbidity » et « mental illness » a permis de réduire le nombre de réponses. Une contre-recherche a été effectuée avec les termes « Mental Health Services/utilization » et « medical subject headings ». Un certain nombre de revues ont en outre été feuilletées à la main. Le but était de chercher, sur la base des résumés, les articles où il est question de déterminants ou d'analyses de sous-groupes. Au final, près de 300 publications ont été sélectionnées, décrites (buts, méthodes et principaux résultats), codées selon les facteurs d'influence et stockées dans une banque de données.

Résultats

L'analyse de la littérature spécialisée fait apparaître une image complexe et dynamique des facteurs qui influencent le recours aux traitements chez les personnes souffrant de maladies psychiques. On observe des relations relativement consistantes entre le recours aux traitements et une série de variables sociodémographiques (sexe féminin, personnes vivant seules, personnes sans emploi, faible soutien social, etc.), de caractéristiques régionales (urbanisation, taux de chômage, densité des médecins, part de la population âgée, etc.), de facteurs médicaux (gravité de la maladie, chronicité, caractère handicapé, santé subjective, etc.) et d'indicateurs systémiques (existence et accessibilité aux soins, qualité du suivi après un séjour en clinique, existence de structures psychiatriques communales intégrées, etc.).

Pour beaucoup de ces facteurs, il convient de distinguer les différents types de soins : les personnes dont le niveau de formation est élevé recourent plutôt à des soins spécialisés, les personnes dont le niveau de formation est bas se rendent plutôt dans des services de médecine générale ou aux urgences. En plus, le recours aux soins est influencé par le sexe, l'âge et l'origine de la personne, par la maladie dont elle souffre et par divers autres facteurs. De manière générale, on observe des interdépendances complexes entre les facteurs, de sorte qu'il est difficile d'établir un modèle simple se fondant uniquement sur les caractéristiques marginales d'une population donnée. La littérature analysée montre toutefois avec une grande consistance que ces caractéristiques sont le principal facteur qui détermine le recours aux soins médicaux chez les personnes ayant besoin d'un traitement. Reste qu'une part considérable des personnes souffrant de maladies psychiques ne reçoit aujourd'hui aucun traitement psychiatrique.

Conclusions

La fréquence et le type de recours aux soins médicaux en cas de problème psychique sont déterminés - à côté du besoin proprement médical - par de nombreux autres facteurs interdépendants. L'importance des facteurs sociaux, comme le chômage ou l'isolement social, et des facteurs systémiques, comme la qualité du suivi après un traitement en clinique, montre que le système de santé devrait se concentrer en priorité sur les aspects de l'intégration sociale et professionnelle des patientes et des patients. Vu la complexité du problème et le manque de données suffisamment cohérentes, des comparaisons entre groupes de population sur la base de déterminants simplifiés ne produiraient pas aujourd'hui de résultats significatifs.

1 Ausgangslage und Fragestellung

Die Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung bei Menschen mit psychischen Problemen und ihr wechselseitiges Zusammenwirken sind erst in Ansätzen bekannt. Obwohl sich eine relativ umfangreiche Literatur seit längerem mit Fragen der Inanspruchnahme auseinandersetzt, ist es im Detail nicht vorhersagbar, welche Personen mit welcher Art der Erkrankung und welchen soziodemografischen Merkmalen sich in welchen Versorgungssystemen auf welche Weise bewegen.

Entsprechend schwer fällt demnach auch die Interpretation regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, da der Einfluss verschiedener geografischer und sozialstruktureller Merkmale sowie deren Gewichtung und Zusammenhänge unklar sind.

Ein besseres Verständnis der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten und ihrer Dynamik wäre jedoch nicht nur zur Interpretation regional unterschiedlicher Kennziffern wichtig, sondern vor allem auch angesichts der Behandlungssituation psychisch erkrankter Menschen für die Optimierung der Versorgung notwendig. Psychische Störungen sind in der erwachsenen Bevölkerung mit einer Jahresprävalenz von rund 25% weit verbreitet, werden allerdings trotz steigender Behandlungsraten nach wie vor häufig nicht oder fehlversorgt. Entsprechend wichtig ist es, die Einflussfaktoren für diese Unter- oder Fehlversorgung besser zu verstehen.

Ein präziseres Verständnis der Determinanten der unterschiedlichen Patientenpfade in einem fragmentierten Behandlungssystem ist zudem auch für psychiatrische Planungsprozesse relevant. Wäre beispielsweise bekannt, welche Subgruppen psychisch erkrankter Menschen typischerweise welche spezifischen Zugangswege zur Behandlung wählen beziehungsweise beschreiten, könnten spezifischere Massnahmen zur Früherfassung und Koordination der involvierten Versorgungsangebote entwickelt werden.

Der vorliegende Kurzbericht fasst deshalb den Forschungsstand zu den Determinanten der medizinischen Inanspruchnahme bei Patienten mit psychischen Störungen zusammen. Dabei handelt es sich angesichts der sehr umfangreichen Literatur um eine breite Sichtung der quantitativen Forschung zu möglichen Einflussfaktoren. Diese Zusammenfassung kann im Detail nicht jedem einzelnen Indikator und dem betreffenden Forschungsstand in allen oftmals auch widersprüchlichen Einzelfacetten nachgehen, sondern versucht, ein möglichst breites Bild zu vermitteln, welches auch Informationen aus der epidemiologischen Forschung einschliesst. Die vorliegende Arbeit kann jedoch eine Grundlage darstellen, auf der sich vertiefende Analysen aufbauen lassen.

2 Vorgehen

Datengrundlage bildete eine Literaturrecherche in den Datenbanken medline, psycInfo, PSYINDEX und EMBASE mit den Freifeld-Stichworten „utilization“, „use“ oder „usage“ in Kombination mit jeweils „service“, „healthcare“ und „medical supply“ (ohne zeitliche Einschränkung). Die erste Reduktion der dabei erzielten mehreren zehntausend Treffer wurde durch die Schnittmengenbildung mit Begriffen wie „mental health“, „psychiatric morbidity“ und „mental illness“ erzielt.

Weitere Reduktionen wurden anhand der Titel der Artikel vorgenommen, in dem alle auf Fragen der Effektivität bestimmter Therapien zugeschnittene Artikel ausgeschlossen wurden. Ein Gegencheck erfolgte mittels der Suchbegriffe "Mental Health Services/utilization" als „medical subject headings“ (MeSH > 3500 Treffer). Zusätzlich wurden ausgesuchte Zeitschriften (u.a. Health Services Research, managed care, Pflege) einer Handsuche für die letzten max. 10 Jahre unterzogen. Aus den Abstracts wurde jeweils bestimmt, ob medizinische Inanspruchnahme lediglich deskriptiv quantifiziert wurde, oder ob Determinanten (beziehungsweise Subgruppenanalysen als deren implizite Abbildung) behandelt wurden.

Schliesslich wurden 290 Publikationen ausgewählt, nach dem jeweils untersuchten Einflussfaktor codiert und in einer Datenbank zusammengefasst. Sämtliche erfassten Publikationen wurden inhaltlich relativ ausführlich zusammengefasst.

Diese Datenbank war ursprünglich als Vorbereitung für die vorliegende Untersuchung gedacht. Angesichts der Fülle der in ihr enthaltenen Informationen wurde entschieden, die Datenbank im Sinne einer Arbeitshilfe für weiterführende Untersuchungen zugänglich zu machen. Nach den einzelnen Indikatoren sortiert wird so auch inhaltlich ein Überblick über den Forschungsstand zu jedem codierten Indikator möglich. Zudem wurden sämtliche Publikationen danach codiert, ob es sich um epidemiologische Untersuchungen im engeren Sinne oder um versorgungsepidemiologische Untersuchungen zur Inanspruchnahme handelt.

Der vorliegende Bericht berücksichtigt einen Grossteil der in der Datenbank erfassten Publikationen und fasst die meisten der berücksichtigten Indikatoren zusammen.

3 Indikatoren der Inanspruchnahme

Grundsätzlich sind hinsichtlich Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems sowohl die epidemiologischen Verhältnisse wie auch das Inanspruchnahmeverhalten und dessen Determinanten von Bedeutung.

Zum einen beschäftigen sich zahlreiche epidemiologische Studien mit der Frage „Wer wird krank?“ respektive suchen nach Zusammenhängen zwischen Charakteristika der Person, der Umgebung und der Wahrscheinlichkeit, an bestimmten Erkrankungen zu leiden.

Die Richtung des Zusammenhangs bleibt weitgehend unklar, da es sich oft um Querschnittuntersuchungen handelt, welche keine Aussagen zur zeitlichen Abfolge zulassen. Es gibt dennoch einige wesentliche Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Person und der Umgebung sowie der Wahrscheinlichkeit psychischer Störungen.

Allerdings kann von der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten nicht direkt auf die medizinische Inanspruchnahme geschlossen werden: zum einen kann von Unterschieden in Bezug auf die Erkrankungshäufigkeit nicht direkt auf unterschiedliche Inanspruchnahmehäufigkeiten geschlossen werden, zum anderen begeben sich bei weitem nicht alle erkrankten Personen in Behandlung. Wenn jemand krank ist, dann bedarf er zwar meistens einer Behandlung oder Begleitung, es bestehen jedoch gerade im Bereich psychischer Erkrankungen zahlreiche weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme. Dies sind wiederum Merkmale der erkrankten Person sowie der Umgebung und nicht zuletzt des Versorgungssystems selbst, welche die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, sich in Behandlung zu begeben. Hierzu existieren ebenfalls zahlreiche versorgungsepidemiologische Untersuchungen, die im Rahmen der vorliegenden Zusammenfassung breit gesichtet wurden.

Die in der epidemiologischen Forschung sowie in der Versorgungsforschung gefundenen Zusammenhänge zur Inanspruchnahme werden im Folgenden getrennt nach Indikator übersichtsartig dargestellt.

4 Krankheitsbezogene Indikatoren

***In Kürze:** Psychische Störungen haben in den letzten Dekaden insgesamt nicht zugenommen, sondern waren mit einer Prävalenz von rund 25% (pro Jahr) schon immer sehr häufig. Für die Inanspruchnahme sind die krankheitsbezogenen Faktoren wie Art, Schweregrad, Chronizität und Komorbidität der Störung - also der Bedarf - von zentraler Bedeutung. Grundsätzlich erhöht das Vorliegen einer psychischen Störung auch die Inanspruchnahme der somatischen Versorgung. Je nach Art des in Anspruch genommenen medizinischen Angebotes ist jedoch die typische diagnostische Zusammensetzung der dort versorgten PatientInnen unterschiedlich. In allgemeinmedizinischen Angeboten sind depressive sowie Angststörungen analog zu ihrer Verbreitung in der Bevölkerung besonders häufig anzutreffen. Substanzabhängigkeiten sind insgesamt unterversorgt, hingegen häufig anzutreffen in stationärer psychiatrischer Behandlung.*

4.1 Art der Erkrankung

4.1.1 Epidemiologie

Die epidemiologische Forschung hat in den letzten Jahrzehnten in gross angelegten Untersuchungen in einer Vielzahl von Ländern gezeigt, dass psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet sind¹⁻⁶.

Die Jahresprävalenz psychischer Störungen (das heisst der Anteil der Bevölkerung, der innerhalb eines Jahres zumindest einmal an einer krankheitswertigen psychischen Störung leidet) beträgt rund 25%, im Bundesdeutschen Gesundheitssurvey wurden nach standardisierten diagnostischen Kriterien sogar 32% der Bevölkerung über 18 Jahren als psychisch krank im Sinne der DSM-IV beziehungsweise ICD-10 Definitionen ausgewiesen⁶.

So ergab beispielsweise auch die Untersuchung der Prävalenz psychischer Störungen in der EU mithilfe einer Metaanalyse von 27 Studien mit insgesamt über 155'000 Befragten aus 16 europäischen Ländern, dass ungefähr 27% der erwachsenen EU-Bevölkerung in den letzten 12 Monaten von mindestens einer psychischen Erkrankung betroffen war oder ist⁶. Dies betrifft umgerechnet rund 80 Millionen Menschen in der EU.

In einer repräsentativen US-amerikanischen Haushaltsbefragung (die so genannte National Comorbidity Survey Replication) mit rund 10'000 Befragten ergab sich eine 12-Monats-Prävalenz von insgesamt 26%. Von diesen Fällen wurden 22% als schwerwiegende, 37% als moderate und 41% als milde Erkrankungen klassifiziert⁴. Schliesslich zeigte sich auch in einer Befragung einer Zufallsstichprobe von rund 11'000 Haushalten in Australien eine Jahresprävalenz von 23%².

Auch wenn je nach Land die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen aus kulturellen oder methodischen Gründen stark variieren können, wie sich in den Haushaltbefragungen der WHO mit 85'000 Befragten in 17 Ländern (Europa, Amerika, mittlerer Osten, Afrika, Asien und Südpazifik) zeigte, so ist insgesamt davon auszugehen, dass psychische Störungen weit verbreitet sind⁷.

Dieselbe Grössenordnung psychischer Störungen – 24% Jahresprävalenz - findet sich auch in Untersuchungen von Hausarztpatienten, beispielsweise in einer grossangelegten Studie der WHO zu psychischen Problemen von 26'000 Patienten in Hausarztpraxen in 14 verschiedenen Ländern⁵.

Betrachtet man die Verteilung der einzelnen psychischen Störungen, so erweisen sich in europäischen Untersuchungen Angststörungen (12% Jahresprävalenz) und affektive Störungen (8%) als besonders häufig, gefolgt von Schmerzstörungen (6%), Substanzabhängigkeit (3%) und Psychosen mit 1%⁶. Ein ähnliches Bild zeigen auch US-amerikanische Untersuchungen⁴: Angststörungen (18%) und

affektive Störungen (10%) sind am häufigsten, gefolgt von Impulskontroll-Störungen (9%) und Substanzabhängigkeit (4%). Beide Untersuchungen fanden zudem übereinstimmend, dass rund die Hälfte der betroffenen Personen an mehr als einer psychischen Störung erkrankt ist.

Untersuchungen zur Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen – eine in epidemiologischen Studien häufig ausgeklammerte Diagnose - in der Bevölkerung zeigen eine ebenfalls hohe Prävalenz mit jährlichen Raten von 13% (Oslo, Norwegen), 9% (Baltimore, USA) oder 15% in einer nationalen US-amerikanischen Stichprobe⁸. Persönlichkeitsstörungen sind damit etwa gleich stark verbreitet wie affektive Störungen.

In Bezug auf demenzielle Erkrankungen bei älteren Menschen kann man bei den 65-69- Jährigen zu einem gegebenen Zeitpunkt von rund 2% Prävalenz ausgehen, bei den 70-74 Jährigen von 6%, bei den 80-84 Jährigen von 13% und bei den über 84 Jährigen von über 20%^{9,10}.

Im Hinblick auf die künftige Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsangebote ist die Frage, ob psychische Erkrankungen in der Bevölkerung effektiv zunehmen, von entscheidender Bedeutung. Ob gesellschaftliche Veränderungen effektiv mit veränderten Raten psychischer Störungen einhergehen, lässt sich nur mit wiederholten Messungen derselben Population mit derselben Methodik in grösseren Zeitabständen erfassen. Die wenigen entsprechenden Studien zeigen allerdings keine überzufällige Zunahme^{11,12}.

Auch andere Indikatoren der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung haben sich in den letzten Dekaden nicht verschlechtert, im Gegenteil: die Suizidraten sowie der Alkohol- und Nikotinkonsum (als indirekte Indikatoren für Abhängigkeitsstörungen) sind insgesamt gesunken, und auch die gesamtgesellschaftliche Lebensqualität zeigt sich relativ unabhängig vom gesellschaftlichen Wandel¹². Dies bestätigt auch eine neuere Übersicht über 44 Studien, die mit identischem Instrumentarium zwei oder mehr Stichproben im Abstand mehrerer Jahre untersucht haben¹¹: es konnte kein klarer Trend in Richtung Zunahme psychischer Störungen in den Dekaden seit dem Zweiten Weltkrieg gefunden werden – weder für Erwachsene, noch für Kinder und Jugendliche.

Auch die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik) zeigen zumindest für den Zeitraum von 1992 bis 2002 eine spezifische Abnahme des Bevölkerungsanteiles, der über leichtere psychische Beschwerden berichtet – im Gegensatz zu einem in diesem Zeitraum stabilen Bevölkerungsanteil mit körperlichen Beschwerden¹³. Die sehr weit verbreitete Wahrnehmung einer Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung hängt demnach nicht mit realen epidemiologischen Veränderungen, sondern mit anderen Gründen zusammen.

4.1.2 Inanspruchnahme

Allgemeinmedizinische Versorgung insgesamt

Die Art der Erkrankung ist ein wesentlicher Einflussfaktor der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten. Auch wenn dies selbstredend erscheinen mag, ist doch festzuhalten, dass Bedarfsfaktoren wie beispielsweise die Krankheits-Symptomatik die Inanspruchnahme besonders stark beeinflussen¹⁴⁻¹⁹. So kommen beispielsweise Guggisberg und Spycher (2005) im Rahmen einer Analyse von 53 internationalen Studien zur Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Angebote zum Schluss, dass ein schlechter objektiver Gesundheitszustand, ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand, das Vorhandensein von chronischen Erkrankungen sowie die Anzahl der vorhandenen Erkrankungen Faktoren mit unbestrittenem Einfluss auf die Inanspruchnahme darstellen¹⁶. Der effektive Behandlungsbedarf beeinflusst demnach die Inanspruchnahme wesentlich mit.

Betrachtet man die Untersuchungen zur Inanspruchnahme der allgemeinmedizinischen Versorgung insgesamt, so hat sich wiederholt gezeigt, dass Personen mit psychischen Problemen auch die allgemeinmedizinischen Angebote deutlich häufiger nutzen. So hat eine Übersicht über 12 methodisch anspruchsvolle bevölkerungsbasierte Studien zum Zusammenhang zwischen psychischen Störungen

und der Inanspruchnahme der allgemeinmedizinischen Gesundheitsversorgung ergeben, dass psychische Störung mit erhöhter Inanspruchnahme einher gehen²⁰.

In einer australischen Studie¹⁵ zeigten sich ebenfalls psychische und Verhaltensstörungen nach Erkrankungen des Kreislaufsystems und noch vor Neoplasmen, Unfällen oder Vergiftungen für besonders viele somatische und psychiatrische Hospitalisationstage verantwortlich. In einer Befragung der holländischen Bevölkerung zur psychischen Gesundheit (NEMESIS) konnte festgestellt werden, dass das Vorhandensein einer psychischen Störung einen unabhängigen Effekt auf die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer oder psychiatrischer Angebote hat¹⁷.

Untersuchungen, welche die Art der psychischen Störungen genauer aufgeschlüsselt haben, zeigen weitgehend übereinstimmend, dass es vor allem depressive und Angststörungen sind, welche zu einer erhöhten Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Angeboten führen^{14, 21-25}. Dies steht im Einklang mit den Resultaten der epidemiologischen Forschung, welche die hohe Prävalenz von depressiven und Angststörungen zeigen. Depressive somatische Patienten nehmen im Vergleich zu nicht depressiven somatischen Patienten vermehrt stationäre und ambulante Gesundheitsdienste in Anspruch - und zwar unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildung oder Krankheitsschwere²². Gleichzeitig zeigen diese Untersuchungen auch wiederholt, dass viele Menschen mit depressiven und generell psychischen Erkrankungen nicht eine ihren Bedürfnissen entsprechende Behandlung erhalten

In einem Review von 23 prospektiven und methodisch anspruchsvolleren Studien zum Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und der Inanspruchnahme von allgemeinen medizinischen Gesundheitsdiensten kommen beispielsweise Koopmans, Donker & Rutten (2005)²⁰ zur Schlussfolgerung, dass Studien mit einem längeren Beobachtungszeitraum konsistent gefunden haben, dass depressive Symptome mit erhöhter allgemeinmedizinischen Inanspruchnahme verbunden sind. Dass Depressionen zu einer verstärkten Inanspruchnahme führen, liegt laut einer Studie von Levinson & Drus (2005)²³ vor allem in einer krankheitsbedingt verzerrten Wahrnehmung: depressive Patienten fühlen sich durch ihre affektiven und depressiv-somatischen Symptome sowie durch Gefühle von Hilflosigkeit vermehrt bedroht durch irgendwelche körperlichen Probleme. Interessanterweise sind es zudem die vom Hausarzt nicht erkannten depressiven Störungen, die zu einer stark erhöhten Inanspruchnahme führen. Das Erkennen einer depressiven Störung in der allgemeinmedizinischen Versorgung führt zu einer demgegenüber verringerten Inanspruchnahme⁵. Auch eine andere Studie²⁶ kommt zum Schluss, dass ein hoher Anteil von "High Utilizern" an einer unerkannten oder nicht erfolgreich behandelten Depression leiden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass nicht immer die psychische Situation alleine zu einer erhöhten Inanspruchnahme führt, da psychische Störungen auch eine hohe somatische Komorbidität zeigen, beispielsweise häufiger Herzinfarkte, Diabetes und andere somatischen Probleme²⁷.

Versorgung durch Hausarztpraxen

Untersuchungen, die sich speziell mit der Situation in Hausarztpraxen beschäftigt haben, zeigen ein vergleichbares Bild: Vedstedt & Christensen (2005)²⁸ analysierten beispielsweise 61 Studien zu häufigen Nutzern von Hausarztpraxen. Patienten mit häufiger Nutzung zeichnen sich in 60% der Fälle dadurch aus, dass sie unter einem psychischen Problem leiden - bei den Patienten mit geringerer Inanspruchnahme ist dies nur bei 18% der Fall. Das Vorhandensein von psychischen Problemen ist bei Hausarztpatienten ein klares Anzeichen für eine besonders häufige Inanspruchnahme^{26,29-33}.

Bei den psychischen Problemen, die zu häufigeren Besuchen beim Hausarzt führen, handelt es sich in erster Linie um Depressionen und Schmerzstörungen, wobei sowohl Depressionen wie Schmerzstörungen gleichzeitig in Hausarztpraxen in rund der Hälfte der Fälle nicht erkannt werden und zudem besonders häufig zur Inanspruchnahme von (vermeidbaren) spezialisierten somatischen Angeboten führen^{31,33-36}. Hausarztpatienten schliesslich, welche häufig nach Praxisschluss beim Hausarzt anrufen, sind diagnostisch häufig (in 36% der Fälle) durch psychische Störungen gekennzeichnet. Diese "frequent callers" nehmen das Gesundheitssystem auch generell vermehrt in Anspruch³¹.

Depressive Beschwerden stehen mehr als andere chronische Erkrankungen (Arthritis, Diabetes, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Lungenerkrankungen, Migräne) im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen³². In Bezug auf Schmerzstörungen konnte eine Untersuchung bei rund 2'700 Patienten aus zwei Hausarztpraxen zeigen, dass somatisierende Patienten im Vergleich zu nicht somatisierenden signifikant mehr Konsultationen beim Hausarzt, beim somatischen Spezialisten (nicht beim Psychiater), mehr Notaufnahmen sowie mehr somatische Hospitalisationen aufweisen und höhere ambulante sowie stationäre Kosten im nicht psychiatrischen Bereich verursachen. Lediglich psychiatrische Angebote werden von somatisierenden Patienten nicht signifikant häufiger aufgesucht als von nicht somatisierenden. Diese Effekte bleiben auch nach der Adjustierung nach psychiatrischer und somatischer Komorbidität und soziodemographischer Charakteristika bestehen. Somatisierende Patienten zeigen annähernd die doppelte Inanspruchnahmerate sowie die doppelten jährlichen medizinischen Kosten im Vergleich zu nicht somatisierenden Patienten³⁷.

Versorgung durch Notfallstationen

Auch Notfallaufnahmen an Allgemeinspitälern wurden wiederholt in Bezug auf die Einflussfaktoren der Inanspruchnahme untersucht. Während einige Studien zeigen, dass häufige Nutzer von Notfallstationen überdurchschnittlich oft an psychischen Störungen leiden³⁸⁻⁴⁰ finden andere Untersuchungen bei den häufigen Nutzern keinen erhöhten Anteil von psychischen Problemen^{36, 41}.

Untersuchungen, die erhöhte Anteile von psychiatrischen Diagnosen bei Patienten von Notfallaufnahmen gefunden haben, zeigen, dass es sich in erster Linie um Alkoholabhängigkeit respektive um Alkoholintoxikation handelt⁴². Eine Untersuchung der Notaufnahme eines Allgemeinkrankenhauses in Dublin, in der einer Gruppe von 100 häufigen Nutzern eine (soziodemografisch angepasste) Kontrollgruppe von 100 nicht-häufigen Nutzern gegenübergestellt wurde, konnte zum Beispiel zeigen, dass bei 38% der häufigen Nutzer Alkohol- und Drogenprobleme dokumentiert sind - im Gegensatz zu nur 6% bei den nicht-häufigen Nutzern³⁸. Schliesslich stellt auch Schmerz (in verschiedenen Formen als abdominaler Schmerz, Kopfschmerz etc.) speziell bei häufigen Nutzern von Notaufnahmen einen der Hauptgründe für deren Besuch dar⁴¹.

Generell nehmen Patienten mit Somatisierungsstörungen eine grosse Menge von Versorgungsleistungen in Anspruch. Diese Patienten wenden sich hauptsächlich an allgemeinmedizinische und internistische Praxen sowie an die Notfallversorgung, wo ihre Behandlungserwartungen nicht erfüllt werden, was zu Konsultationen bei somatischen Spezialisten, "esoterischen" Angeboten und anderem mehr führt²⁷.

Gemeindebasierte, ambulante psychiatrische Versorgung

Die Einflussfaktoren gemeindepsychiatrischer respektiver ambulanter Angebote sind je nach Untersuchung unterschiedlich. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass sich die Servicepopulation nach Art des Angebotes (ambulante psychiatrische Behandlung oder sozialpsychiatrische Dienste etc.) und nach Land sowie Versorgungsstrukturen unterscheidet. Exemplarisch hierfür ist eine amerikanische Untersuchung, die zeigt, dass die Diagnosen einer Angststörung sowie einer Schizophrenie prädiktiv sind für besonders hohe Kosten durch die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung⁴³: werden vermehrt ambulante Behandlungen einbezogen, gewinnt die Diagnose einer Angststörung an Gewicht, bezieht man sich vor allem auf sozialpsychiatrische Angebote für schwer Kranke, dann wird die Schizophreniediagnose besonders gewichtig.

Untersucht man die Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Dienste, so zeigt sich stellvertretend denn auch folgendes typische Resultat: die Gruppe der häufigen Nutzer setzt sich aus einem breiten Diagnosespektrum zusammen. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis stellen mit über 40% die grösste Klientengruppe sozialpsychiatrischer Dienste dar, bei den "Heavy-Usern" ist der Anteil Schizophrener jedoch nicht signifikant erhöht. Wesentliche Diagnosegruppen unter den "Heavy-

Usern" sind Angsterkrankungen, affektive Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen⁴⁴. Das heisst, Patienten mit schizophrenen Erkrankungen bilden zwar einen wesentlichen Teil der sozialpsychiatrischen Klientel, können jedoch nicht differenzieren zwischen 'normalen' und häufigen Nutzern sozialpsychiatrischer Dienste. Hingegen sind wiederum Ängste und Depressionen, aber auch Persönlichkeitsstörungen prädiktiv für eine besonders starke Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Dienste⁴⁵⁻⁴⁹.

Die Bedeutung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zeigt sich auch in der australischen Untersuchung von Kent & Yellowlees (1995)⁵⁰: in der Analyse von besonders häufigen Nutzern der akuten psychiatrischen Versorgung fanden sie neben vorherrschenden psychotischen Erkrankungen (Schizophrenien, bipolare Störungen), dass fast die Hälfte gleichzeitig an einer Persönlichkeitsstörung litt. Der Versorgungsbedarf von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung sollte generell nicht unterschätzt werden: in einer italienischen Studie wurden mithilfe des Camberwell Assessment of Need (CAN) die Versorgungsbedürfnisse von 270 ambulanten Patienten erfasst, wobei sich zeigte, dass Patienten mit einer Schizophrenie und Patienten mit einer Persönlichkeitsstörungen ein höheres Ausmass an Bedürfnissen haben als Patienten mit anderen Erkrankungen⁵¹.

Viele Studien weisen darauf hin, dass sich Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit durch eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme spezialisierter psychiatrischer Versorgungsangebote auszeichnen – dies gilt in Bezug auf die Hauptdiagnose. Eine komorbide Substanzabhängigkeit zusätzlich zu einer anderen psychischen Störung kann durchaus mit einer erhöhten Inanspruchnahme verbunden sein⁴⁸. So fand eine Untersuchung zu den Lebenszeit-Konsultationsraten von rund 9'000 Personen aus sechs europäischen Ländern, dass Alkoholabhängige im Vergleich zu anderen psychiatrischen Diagnosen eine relativ niedrige Konsultationsrate haben⁴⁷.

Dass gerade Alkoholabhängige im Verhältnis zur hohen Prävalenz von Alkoholproblemen in der Bevölkerung selten spezialisiert psychiatrisch behandelt werden zeigt sich auch in der Schweiz: in der Psychiatrieplanung des Kantons Basel-Landschaft zeigte sich, dass zwar ein wesentlicher Anteil der Opioidabhängigen, aber nur 5-10% der Alkoholabhängigen durch die psychiatrische Versorgung erfasst werden¹³. Auch in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde wird darauf aufmerksam gemacht, dass zwar 93% der Alkoholkranken jedes Jahr irgendeinen Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem haben, aber lediglich 60% der Alkoholkranken überhaupt jemals professionelle Hilfe erhalten haben³⁵.

Substanzabhängige werden nicht nur relativ selten spezialisiert behandelt, sie zeichnen sich darüber hinaus auch besonders häufig durch Behandlungsabbrüche aus, wenn sie überhaupt behandelt werden. Die Diagnosen einer Substanzabhängigkeit oder einer Persönlichkeitsstörung stehen in engem Zusammenhang mit einer „Abkehr“ von der psychiatrischen Versorgung – gemessen an Behandlungs- und Kontaktabbrüchen⁵². Dies hängt teilweise mit einer krankheitsbedingt reduzierten Krankheitseinsicht sowie mangelnder Compliance zusammen. Ähnliche Resultate zeigen auch Untersuchungen über Abbrüche der psychiatrischen wie auch der allgemeinmedizinischen Behandlung: eine kanadische Untersuchung bei rund 3'500 Patienten zeigte einerseits, dass psychische Störungen generell für Behandlungsabbrüche prädiktiv sind, und dass insbesondere die Diagnosen Substanzabhängigkeit sowie Depression die Abbruchwahrscheinlichkeit erhöht.

Schliesslich ist hinsichtlich des oben erwähnten starken Zusammenhanges zwischen Depressionsdiagnose und Inanspruchnahme einschränkend festzuhalten, dass gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche sich durch eine reduzierte Inanspruchnahme spezialisierter Angebote auszeichnen, es vor allem depressive Gefühle und gerade auch suizidale Gedanken sind, welche sich negativ auf die Nutzung von professionellen Hilfsangeboten auswirken⁵³.

Stationäre psychiatrische Versorgung

Obwohl die Anzahl der psychiatrischen Betten in vielen Ländern in den letzten Jahrzehnten stark reduziert worden ist und heute vergleichsweise nur ein sehr geringer Anteil der psychiatrischen Patienten vollstationär behandelt wird, sind die Klinikhospitalisationen nicht zuletzt aus Kostengründen auch heute noch von zentraler Bedeutung. Die Kenntnis relevanter Faktoren für die Inanspruchnahme vollstationärer Behandlung ist deshalb von Bedeutung. Untersuchungen zu den Einflussfaktoren auf eine intensive Nutzung von stationären psychiatrischen Angeboten haben in Bezug auf die Art der Störung wiederholt auf die Bedeutung von Psychosen (schizophrene Störungen, schizoaffektive Störungen, bipolare Störungen), Substanzabhängigkeit, affektiven Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen hingewiesen⁵⁴⁻⁶⁶.

Bei den Untersuchungen zur stationären Inanspruchnahme muss man unterscheiden zwischen Studien zur relativ kleinen Gruppe der besonders intensiven Nutzer („Heavy-User“), welche die Versorgung stark überdurchschnittlich in Anspruch nimmt, und Studien, welche die diagnostische Verteilung von Klinikpatienten insgesamt betrachtet. Affektive Erkrankungen, Angststörungen und Substanzabhängigkeit haben generell eine hohe Prävalenz und machen auch einen hohen Anteil der Klinikpatienten aus – sie sind aber nicht a priori Merkmale von besonders intensiven Nutzern stationärer Behandlung. Die beiden folgenden Untersuchungen verdeutlichen dies:

Eine Analyse der Hospitalisationsdaten des Kantons Zürich im Zeitraum von 1977 bis 2004 zeigte, dass die starke Reduktion der psychiatrischen Betten zu einer Umverteilung der gesamten stationären Behandlungsressourcen geführt hat: die stationäre Behandlungsprävalenz von Patienten mit einer Schizophrenie ist deutlich zurückgegangen zugunsten eines Anstiegs bei den anderen Diagnosegruppen⁶⁷. Gleichzeitig verzeichnen Patienten mit einer Psychose im Vergleich zu Patienten mit anderen Diagnosen die längsten Hospitalisationsdauern. Die Diagnose Schizophrenie ist zudem prädiktiv für die gesamthaft in stationärer Behandlung erbrachte Zeit wie auch für die Anzahl stationärer Behandlungsepisoden⁶³.

Betrachtet man die Merkmale von besonders intensiven Nutzern psychiatrischer Kliniken, so ist die Diagnose einer Schizophrenie ein zentraler klinischer Indikator. Die Diagnose einer Psychose oder Persönlichkeitsstörung erhöht das Risiko wiederholter Hospitalisationen. Patienten mit einer Psychose oder Persönlichkeitsstörung werden zudem schneller rehospitalisiert als Patienten mit anderen Erkrankungen^{57,60,61,65,68-70}.

Persönlichkeitsstörungen sind bei der Gruppe der besonders intensiven Nutzer von grosser Bedeutung, sei es als Hauptdiagnose oder als Nebendiagnose^{56,66,71,72}. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Typ) ist dabei vor allem das Vorliegen einer Angststörung prädiktiv für „Heavy-Use“⁷³. Auch schizoaffektive Erkrankungen haben ein hohes Risiko, nach einem Klinikaustritt rasch (innert 6 Monaten) wieder hospitalisiert zu werden⁷⁴.

Betrachtet man die älteren Klinikpatienten, so sind in erster Linie komorbide Patienten mit einer Demenz- sowie einer Depressionsdiagnose zu den intensiven Nutzern zu zählen. Diese komorbiden Patienten verzeichnen nicht nur besonders viele Hospitalisationstage in psychiatrischen Kliniken, sondern auch besonders viele Hospitalisationstage in somatischen Spitälern und zudem besonders viele Pflegetage in Pflegeheimen. Vereinfacht gesagt konsumieren diese Patienten stationäre Hospitalisationen und Aufenthalte in Pflegeheimen analog zu Dementen und zudem stationäre psychiatrische Hospitalisationen wie Depressive⁷⁵. Die Bedeutung von Demenzen für die stationäre psychiatrische Versorgung zeigen auch Daten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums¹⁰.

In einer epidemiologischen Auswertung der medizinischen Statistik sowie der Bevölkerungsdaten (ESPOP) beschreiben Kuhl & Herdt (2007)⁶² jene Faktoren, welche mit der Inanspruchnahme der stationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz assoziiert sind. In Bezug auf die Hauptdiagnosen zeigt sich insgesamt eine besonders hohe Inanspruchnahme bei affektiven Störungen sowie bei Alkoholabhängigkeit.

Versorgung durch psychiatrische Notfallstationen

Je nach Versorgungssystem existieren vor allem an Allgemeinspitälern auch spezialisierte psychiatrische Notfallaufnahmen. Deren Nutzung unterscheidet sich hinsichtlich Diagnose der Patienten teilweise von psychiatrischen Hospitalisationen.

Besonders typisch für die Inanspruchnahme einer psychiatrischen Notfallaufnahme ist das Vorliegen einer Substanzabhängigkeit (als Haupt- oder Nebendiagnose), einer psychotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung^{42,76-81}.

So zeigte sich beispielsweise in einer amerikanischen Untersuchung von rund 10'000 Notfallaufnahmen bei 5'700 Patienten, welche in die zwei Gruppen der häufigen respektive geringen Nutzer unterteilt wurden, dass Substanzmissbrauch vom Personal in über 90% der häufigen Nutzer als ein Grund genannt wurde, warum die Notfallstation in Anspruch genommen wurde⁴².

Die Diagnose einer psychotischen Störung bei der ersten Notfall-Konsultation ist ein Risikofaktor für wiederholte Konsultationen^{78,81}. Dies gilt noch stärker, wenn bei den psychotischen Patienten zusätzlich eine Substanzabhängigkeit vorliegt⁷⁸. Generell erfüllen Patienten mit wiederholten Notfallaufnahmen oft die diagnostischen Kriterien für eine Substanzabhängigkeit und eine weitere psychiatrische Diagnose. Es sind jedoch nicht primär die klinischen Charakteristika, welche die Verweildauer in der Gemeinde beeinflussen, die Nachsorgebehandlung scheint zentral zu sein⁷⁶. Hinsichtlich der Bedeutung klinischer Merkmale ergab zudem eine Schweizer Untersuchung bei rund 1'500 Notfallaufnahmen, dass neben der Diagnose auch das Bewältigungs-Repertoire der Patienten für den weiteren Verlauf entscheidend ist⁸².

4.2 Schweregrad, Chronizität, Komorbidität

In Kürze: Schweregrad, Chronizität sowie Komorbidität üben einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme aus. Dabei zeigt sich überall der erwartete Zusammenhang: je schwerer, chronischer und komorbider jemand krank ist, desto höher ist die Inanspruchnahme - der Bedarf steuert letztlich die Inanspruchnahme. Psychische Störungen zeigen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen ein erhöhtes Chronizitätsrisiko. Psychische Störungen sind zudem auch als (häufige) Nebendiagnose bei somatischen Erkrankungen mit einer deutlich erhöhten Inanspruchnahme der allgemeinmedizinischen Versorgung verbunden. Die Art der Komorbiditäten beeinflusst zudem auch die Art der in Anspruch genommenen Versorgungsangebote.

4.2.1 Epidemiologie

Neben der Art der psychischen Störung sind deren Schweregrad, die Dauer sowie das allfällige Vorhandensein von weiteren Erkrankungen von Bedeutung für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote. Deshalb ist es auch wesentlich, die Verteilung der unterschiedlichen Schweregrade, Verläufe und Anzahl gleichzeitig vorhandener Erkrankungen in der Bevölkerung zu kennen. Die Forschungslage diesbezüglich ist weitgehend übereinstimmend, zudem korrelieren die Schwere der Erkrankung und die Komorbidität miteinander.

Bezüglich *Schweregrad* lässt sich zunächst festhalten, dass rund ein Viertel der innerhalb eines Jahres kranken Population unter einer schwerwiegenden psychischen Störung leidet - bei einer Jahressprävalenz von rund 25% demnach 6% der Bevölkerung. Ein Drittel - rund 8% der Bevölkerung - leidet an einer moderaten Störung und 40% - also rund 10% an einer milden psychischen Störung⁴.

Einige Studien haben neben dem Schweregrad auch die Behinderungsfolgen psychischer Erkrankungen erfasst. Sie machen darauf aufmerksam, dass psychische Erkrankungen zu mehr Arbeitsunfähig-

keitstagen und generell zu einem stärkeren Ausmass von konkreten Beeinträchtigungen führen als viele chronischen somatischen Erkrankungen. Dies ist besonders bei affektiven und Angsterkrankungen der Fall sowie bei Komorbidität^{6,83}.

Hinsichtlich der Dauer der Erkrankungen - *Chronizität* - lässt sich feststellen, dass psychische Erkrankungen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen ein hohes Chronizitäts-Risiko in sich tragen. Und chronische Erkrankungen hängen sehr eng mit einem schlechteren Gesundheitszustand zusammen⁸⁴. Eine repräsentative Haushaltbefragung in Australien mit rund 11'000 Teilnehmenden zeigte zum einen die zu erwartende Jahresprävalenz von 23% Befragten mit einer psychischen Störung. Weiter konnte gezeigt werden, dass rund 60% der Betroffenen als "chronische" Fälle bezeichnet werden müssen - besonders häufig dabei Persönlichkeitsstörungen sowie Angststörungen und seltener Depressionen und Substanzabhängigkeit².

Längsschnittuntersuchungen machen allerdings darauf aufmerksam, dass die Chronizität psychischer Störungen aus der institutionellen Wahrnehmung heraus überschätzt wird: Längsschnittlich über 9 Jahre betrachtet und auf die stationäre behandelte Gesamtpopulation aller psychisch Kranken in der Schweiz bezogen kommen beispielsweise Frick & Frick (2010)²³⁴ zu einer wesentlich günstigeren Beurteilung des Chronifizierungsrisikos psychischer Erkrankungen.

Sind mehrere Erkrankungen gleichzeitig vorhanden - *Komorbidität* - so weist dies fast immer auf eine generell erhöhte Belastung, einen erhöhten Schweregrad, gravierendere Funktionseinschränkungen, oder einen generell schlechteren Gesundheitszustand der psychischen Störung hin^{2,4,6,83,85,86}.

Komorbidität kann in verschiedenen Konstellationen vorkommen, unter anderem als gleichzeitiges Vorhandensein von zwei psychischen Krankheiten oder als gleichzeitiges Vorhandensein von somatischen und psychischen Problemen. Im häufigen ersten Fall - 30 bis über 40% der psychisch Kranken leiden an mehr als einer psychiatrischen Erkrankung^{2,6} - sind unter anderem folgende Konstellationen typisch:

- Substanzabhängigkeit als komorbide Störung zusätzlich zu einer anderen psychischen Erkrankung (zum Beispiel Cannabisabhängigkeit bei einer Schizophrenie) oder umgekehrt
- psychische Begleiterkrankungen bei Substanzabhängigkeit (zum Beispiel Depressionen bei einer bestehenden Alkoholabhängigkeit),
- das gemeinsame Auftreten Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeit oder
- von Angsterkrankungen und Depressionen.

Substanzabhängigkeit ist bei komorbiden Zuständen überaus häufig anzutreffen. Diese so genannten Dualdiagnosen sind sehr häufig, etwa jeder zweite psychisch Kranke leidet an einer Substanzabhängigkeit und umgekehrt⁸⁵, und sie hängen immer zusammen mit einem schlechteren Gesundheitszustand und einem schlechteren Outcome^{85,86}. Bei Angsterkrankungen und Depressionen kann man vereinfacht für beide Erkrankungen wiederum davon ausgehen, dass gegen 50% der Betroffenen komorbid sind^{87,88}. Bei den Komorbiditätsmustern sind zudem Geschlechtsunterschiede zu finden: Komorbide affektive Störungen und Angsterkrankungen treten häufiger bei Frauen auf, während affektive Störungen in Verbindung mit Störungen durch Alkohol vermehrt bei Männern auftreten⁸³.

Persönlichkeitsstörungen schliesslich sind häufig die erste und hauptsächliche Erkrankung, welche weitere, teils vorübergehende psychische Störungen nach sich zieht - beispielsweise Substanzabhängigkeit zur Spannungsreduktion bei emotional instabilen Persönlichkeiten oder häufig auch Depressionen und Angsterkrankungen. Persönlichkeitsstörungen verschlechtern den Gesundheitszustand bei weiteren Erkrankungen sowie wohl auch deren Prognose deutlich⁸⁹.

Neben dem häufigen gemeinsamen Vorliegen mehrerer psychiatrischer Diagnosen liegen auch häufig gleichzeitig psychische und somatische Erkrankungen vor⁹⁰. Diese Zusammenhänge sind gut belegt, scheinen jedoch komplex und stichprobenabhängig zu sein⁹¹.

Die Zusammenhänge zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen wurden aus verschiedener Perspektive untersucht, beispielsweise zum einen im Hinblick auf den Einfluss komorbider psychischer Probleme auf die körperliche Erkrankung, zum anderen hinsichtlich Einfluss komorbider körperlicher Probleme auf eine psychische Haupterkrankung. Abgesehen vom spezifischen forschenden Zugang zeigt sich jedenfalls mit grosser Übereinstimmung, dass komorbide psychische und somatische Probleme im Vergleich mit nicht-komorbiden Störungen zu einer erhöhten Morbidität und auch Mortalität führen, mit erhöhten sozialen Behinderungen verbunden sind, den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und trotz stark erhöhter Inanspruchnahme mit einem schlechteren Behandlungsergebnis verbunden sind^{91,92}. Psychiatrische und somatische Komorbidität erschwert zudem das Hilfesucheverhalten, die adäquate Diagnosestellung und die Qualität der Versorgung⁹¹.

Weiter muss man bei einem nennenswerten Teil von somatisch behandelten Patienten mit ungeklärten Symptomen (Schmerz, Erschöpfung) oder Syndromen (Fibromyalgie, Reizdarm u.a.) von einer starken Beteiligung psychischer Probleme ausgehen. Schliesslich ist umgekehrt darauf hinzuweisen, dass psychisch kranke Patienten somatisch oft ungenügend behandelt werden. Obwohl beispielsweise die Sterblichkeit aufgrund von ischämischen Herzerkrankungen generell abgenommen hat, ist sie bei Patienten mit psychischen Erkrankungen jedoch stabil oder gar am Ansteigen⁹¹.

4.2.2 Inanspruchnahme

Hinsichtlich des *Schweregrades* der Erkrankung zeigt die Mehrheit der Untersuchungen einen positiven Zusammenhang zur Inanspruchnahme. Das heisst, mit zunehmender Krankheitsschwere steigt die Inanspruchnahme, wobei dies vor allem für spezialisierte und in erster Linie stationäre psychiatrische Angebote zutrifft sowie für die gleichzeitige Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Angeboten^{7,16,39,54,62,86,93-104}.

Auch wenn der Zusammenhang von Krankheitsschwere und Inanspruchnahme der Erwartung entspricht, ist es doch wesentlich festzustellen, dass Behandlungsbedarf und Behandlungsdurchführung eng zusammen hängen. Dabei ist wiederum darauf hinzuweisen, dass in den industrialisierten Ländern dennoch ein Drittel bis die Hälfte der schwer psychisch kranken Menschen nach wie vor unbehandelt bleibt^{2,7,105}.

Der Schweregrad der psychischen Erkrankung führt auch dann zu einer erhöhten Inanspruchnahme, wenn er nicht "von aussen" medizinisch erhoben wurde, sondern subjektiv von den Betroffenen selbst als schwerwiegend oder schlecht eingeschätzt wurde^{16,18,96,106-110}. Allerdings deckt sich die subjektive Einschätzung der Betroffenen häufig (nicht immer) mit der objektiven medizinischen Einschätzung.

Analog zur Schwere der Krankheit ist vor allem auch ein *chronischer Verlauf* verbunden mit einer erhöhten Inanspruchnahme sämtlicher medizinischen Versorgungsangebote und folglich auch mit deutlich erhöhten Behandlungskosten^{15,16,29,93,108,111-113}. Die erhöhte Inanspruchnahme zeigt sich zum Beispiel auch in der Länge der Konsultation beim Hausarzt:

In einer europäischen Vergleichsstudie zur Hausarzt-Patient-Kommunikation wurden unter anderem die Determinanten der Gesprächsdauer untersucht sowie die häufigen Nutzer von Hausarztpraxen genauer untersucht. Dabei waren rund 4'000 Patienten von 190 Hausärzten aus sechs europäischen Ländern beteiligt. Zur Datensammlung wurden die Konsultationen per Videokamera dokumentiert und analysiert sowie Ärzte und Patienten befragt. Auf der Patientenebene zeigte sich, dass chronisch Kranke nicht nur häufiger den Hausarzt konsultieren, sondern dass deren Konsultationen darüber hinaus auch länger dauern²⁹.

Die Bedeutung der Chronizität zeigt sich schliesslich nicht nur in der erhöhten Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten über alle Sektoren hinweg⁹³, sondern auch in deutlich erhöhten Raten von krankheitsbedingten Arbeitsausfällen sowie Frühberentungen¹¹⁴.

Wie die Untersuchungen zum Einfluss von Schweregrad und Chronizität zeigen auch die Studien, welche die Behinderungsfolgen psychischer Krankheiten analysiert haben, dass Menschen mit einer Behinderung deutlich mehr Gesundheitsdienste nutzen als Menschen ohne Behinderung. Dabei nutzen psychisch behinderte Menschen respektive Patienten mit so genannten Funktionseinschränkungen mehr Behandlungsangebote als körperlich oder geistig behinderte Menschen^{37,51,56,99,115-122}.

In Bezug auf die verschiedenen Formen von *Komorbidität* zeigen die Untersuchungen zur Inanspruchnahme respektive zu den Gesundheitskosten einheitlich einen positiven Zusammenhang – relativ unabhängig von der Art der Versorgungsangebote^{1,14,15,25,27,36,47,48,66,86,94,104,113,123-127}.

Dass Komorbidität die Inanspruchnahme erhöht, gilt zum einen für somatische Patienten mit einer komorbiden psychischen Erkrankung wie auch für psychiatrische Patienten mit mehreren psychiatrischen Diagnosen. Vor allem komorbide Depressionen, Angststörungen, Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeiten sind mit einer überproportionalen Inanspruchnahme und hohen Behandlungskosten verbunden²⁷.

Dabei führt Komorbidität zu einer höheren Behandlungswahrscheinlichkeit im allgemeinmedizinischen wie auch psychiatrischen Bereich – und erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit, in beiden Bereichen gleichzeitig behandelt zu werden¹⁰⁴. Psychiatrische Komorbidität ist ein wesentlicher Prädiktor für wiederholte Hospitalisationen in internistischen und chirurgischen Abteilungen somatischer Spitäler⁹⁴, für die Inanspruchnahme von Notfalldiensten und Hausarztpraxen sowie für überdurchschnittliche Medikationskosten^{36,128}.

Der German National Health Interview and Examination Survey (GHS), eine bundesweite Befragung zur Prävalenz somatischer sowie psychiatrischer Krankheiten in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland kam ebenfalls zum Ergebnis, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten infolge psychischer Probleme von der Komorbidität abhängt: bei nicht-komorbiden Störungen liegt die Behandlungsrate bei 30%, bei den hoch-komorbiden Fällen bei fast 80%³.

4.3 Gesundheitsverhalten und Einstellungen

In Kürze: Merkmale des Lebensstils hängen ebenfalls - und zwar einheitlich - mit Morbidität und Inanspruchnahme zusammen. Je ungesunder das Gesundheitsverhalten, desto höher die Morbidität und desto höher in der Folge die medizinische Inanspruchnahme. Schliesslich spielen auch Persönlichkeitsmerkmale wie die eigene Kontrollüberzeugung, das Problembewusstsein oder die Einstellung, dass man mit seinen Problemen alleine zurecht kommen sollte, eine Rolle beim Aufsuchen von Behandlung.

Schliesslich ist hinsichtlich Inanspruchnahme und Gesundheitskosten auch auf die Bedeutung des *Gesundheitsverhaltens* psychisch Kranker zu verweisen: Nikotinkonsum und eine verringerte körperliche Aktivität respektive fehlende sportliche Betätigung führen zum einen zu einer erhöhten Mortalität bei psychisch kranken Menschen und zum anderen wegen einer verringerten körperlichen Gesundheit und Funktionsfähigkeit generell zu erhöhter Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungsangeboten^{16,129,130}.

Psychologische Aspekte wie Einstellungen, Persönlichkeitseigenschaften und Ursachenzuschreibungen üben ebenfalls einen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten aus. In Bezug auf die Persönlichkeitseigenschaften hat ein Vergleich von Heavy Usern und normalen Usern eines Gesundheitsversorgungszentrums in Schweden gezeigt, dass der "sense of coherence", also die Fähigkeit eines

Menschen, die ihm gebotenen Ressourcen zu nützen, um sich gesund zu halten, sich bei diesen zwei Nutzergruppen signifikant unterscheidet. Das Kohärenzgefühl ist bei den Heavy Usern signifikant tiefer als bei den normalen Nutzern – das Kohärenzgefühl erwies sich als prädiktiv für Heavy Use¹¹¹.

Auch Persönlichkeitseigenschaften wie Kontrollüberzeugungen (ob jemand ein Ereignis dem eigenen Verhalten oder externalen Ursachen zuschreibt), Ursachenzuschreibungen sowie die Selbstkritikfähigkeit stehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme verschiedener Angebote^{23,48,107,131-133}. Gewisse Einstellungen wie beispielsweise Stoizismus oder die Einstellung, dass man mit seinen Problemen selbst zurechtkommen muss, wirken zudem als Barrieren für das Suchen von Hilfe bei psychischen Problemen^{53,125,134-136}. Die Einstellung eines Menschen gegenüber psychiatrischer Behandlung korreliert zudem mit der Wahrscheinlichkeit, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben¹³⁷. Auch im Hinblick auf die Art der Behandlung, welcher ein Patient zugewiesen wird, spielen Persönlichkeitseigenschaften sowie Einstellungen eine Rolle^{82,138}. So beeinflusst beispielsweise das Coping-Repertoire eines Patienten, wie dieser im Anschluss an eine Notaufnahme behandelt wird – Patienten, welche ambulant weiter behandelt werden, verfügen in der Regel über ein grösseres Coping-Repertoire als stationär behandelte Patienten⁸².

5 Soziodemographische Indikatoren

5.1 Alter

In Kürze: Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Alter und psychischer Morbidität sowie Inanspruchnahme sind insgesamt uneinheitlich. Die Hinweise deuten in Richtung kurvilinear abnehmender Prävalenz mit zunehmendem Alter. Der Zusammenhang zwischen Alter und Inanspruchnahme scheint geschlechtsspezifisch zu sein und ebenfalls nicht linear zu verlaufen. Zudem muss differenziert werden zwischen Inanspruchnahme der Allgemeinversorgung und der psychiatrischer Versorgung.

5.1.1 Epidemiologie

Das Alter wird in sämtlichen epidemiologischen Studien berücksichtigt, so dass auf eine Vielzahl von Ergebnissen zurückgegriffen werden kann. Die entsprechenden Studien zeigen insgesamt ein uneinheitliches Bild zum Zusammenhang zwischen Alter und psychischer Morbidität. Fone, Lloyd & Dunstan (2007)¹³⁹ konstatieren, dass sich der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Alter durch eine quadratische Funktion abbilden lässt – Personen mittleren Alters verfügen über schlechtere psychische Gesundheit im Vergleich zu jüngeren und älteren Personen.

Andere Studien kommen zum Ergebnis, dass die psychische Morbidität in der jüngsten Altersgruppe (bis 24 Jährige) am höchsten ist und dann konsistent und signifikant mit zunehmendem Alter abnimmt^{1,140}. Eine weitere Studie zeigt, dass psychische Gesundheit mit dem Alter abnimmt, bis Mitte 50, und ab dann wieder ansteigt¹⁴¹. Auch der Standpunkt, dass Alter nur eine geringfügige bis gar keine Rolle im Zusammenhang mit Prävalenz- respektive Inzidenzraten spielt, erfährt empirische Unterstützung^{3,87,142}. So gegensätzlich diese Ergebnisse auch scheinen, so ist doch zu bedenken, dass die berichteten Prävalenzraten stark von den berücksichtigten Erkrankungen, der untersuchten Altersspanne sowie der Gruppierung innerhalb dieser sowie von methodischen Gesichtspunkten abhängig sind.

Zudem scheint es zumindest eine teilweise Übereinstimmung in den Ergebnissen dahingehend zu geben, dass ältere Personen tiefere Prävalenzraten zeigen. Dies gilt aber nur unter Ausschluss von demenziellen Erkrankungen^{9,10}, für die ein Anstieg mit dem Lebensalter zu verzeichnen ist. Für die übrigen psychischen Erkrankungen konnte das Absinken des Morbiditätsrisikos im höheren Lebensalter in diversen Studien repliziert werden^{2,143,83,140}. Die wissenschaftliche Literatur zeigt einen Zusammenhang von jungem Alter und höheren Prävalenzen für eine Vielzahl psychischer Störungen^{2,144,143,1,83,140}.

Ein Grossteil der psychischen Erkrankungen beginnt zudem früh^{145,3,88}. Es konnte gezeigt werden, dass Personen mit schweren psychischen Erkrankungen beim Beginn der Erkrankung signifikant jünger sind als Personen mit einer als nicht-schwer klassifizierten psychischen Störung^{86,34}. Bei früherem Erkrankungsbeginn besteht ebenfalls ein erhöhtes Komorbiditätsrisiko¹. Ein jüngeres Ersterkrankungsalter steht hingegen nicht im Zusammenhang mit späterer Chronizität der Erkrankung¹⁴⁶. Jüngere Personen zeigen jedoch auch eine grössere Volatilität im Hinblick auf psychische Gesundheit, das heisst, sie wechseln eher zwischen den Gruppen der „psychisch gesunden Personen“ und der Gruppe der „psychisch kranken Personen“¹⁴⁷. Bei den jüngeren Personen bleiben psychische Störungen zudem oft unerkannt⁵.

5.1.2 Inanspruchnahme

Das relativ uneinheitliche Bild zum Zusammenhang zwischen Alter und Morbidität ist ebenfalls bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Alter zu finden^{28,148}. Aufgrund der

unterschiedlichen Schwerpunkte in Bezug auf die in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen und Studienpopulationen sowie aufgrund methodischer Unterschiede zwischen den Studien scheint dies wenig erstaunlich.

Ein positiver Zusammenhang zwischen Alter und Inanspruchnahme konnte vor allem in Bezug auf die ambulante medizinische Allgemeinversorgung sowie auf Hospitalisationen im somatischen Bereich wiederholt belegt werden^{98,108,149,150-154,94,14,104,24,16}.

Was die Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote, insbesondere die intensive Inanspruchnahme anbelangt, so weisen die Studien auf einen negativen Zusammenhang zwischen Alter und Inanspruchnahme hin^{72,120,69,55,50,81,60,71,155,61,156,101,157,124,59,63,137,158,115,63}.

Eine Schweizer Studie, welche nach Faktoren für intensive stationär-psychiatrische Inanspruchnahme bei psychotischen Patienten suchte, konnte beispielsweise zeigen, dass jüngeres Alter bei der Ersthospitalisation prädiktiv für die Anzahl stationärer Episoden sowie für intensive Inanspruchnahme ist⁶³.

Die häufige Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Angeboten steht in einem gut belegten Zusammenhang mit höherem Alter^{94,97,25,111,24,40}. Diese Hinweise werden durch das Ergebnis untermauert, dass die jüngere Altersgruppe zwar eine geringere Wahrscheinlichkeit für eine rein allgemeinmedizinischen Behandlung aufweist als die ältere, die jüngeren aber eine höhere Wahrscheinlichkeit für spezialisierte sowie gemischte Behandlungsformen im Vergleich zu den älteren Patienten aufweisen^{104,47}.

Für die spezialisierte Behandlung im psychiatrischen Bereich gibt es bei den Jüngeren jedoch auch Studien mit gegenteiligen Ergebnissen⁴⁷. Zahlreiche Studien lassen jedoch vermuten, dass nicht von einem linearen Alters-Effekt als Prädiktor für Inanspruchnahme ausgegangen werden kann²⁷. Im Rahmen einer europäischen epidemiologischen Studie hat sich gezeigt, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten mit zunehmendem Alter ansteigt, mit einem Spitzenwert in der Altersgruppe der 35-49 Jährigen und einer anschliessenden Abnahme^{1,62}. Zudem scheint der Alters-Effekt in Abhängigkeit vom Geschlecht auf die Inanspruchnahme zu wirken – die Ergebnisse diesbezüglich sind jedoch mehrheitlich inkonsistent. Einzig bei den Frauen im gebärfähigen Alter wird relativ einheitlich von einer erhöhten Inanspruchnahme ausgegangen^{106,159,160,27,62}. Es gibt auch Studien, welche gar keinen Zusammenhang zwischen Alter und Inanspruchnahme nachweisen konnten^{78,161,44,6,10}.

5.2 Geschlecht

In Kürze: Es besteht ein vielfach bestätigter Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und psychischer Morbidität. Je nach Erkrankung tragen Frauen ein bis zu dreifach erhöhtes Risiko für psychische Störungen. Das Inanspruchnahmeverhalten der beiden Geschlechter unterscheidet sich in Abhängigkeit vom Alter und vom Versorgungssektor.

5.2.1 Epidemiologie

Die Datenlage zur geschlechtsspezifischen psychischen Morbidität ist weitgehend konsistent. Sowohl die 12-Monats-Prävalenz als auch die Lebenszeitprävalenz für irgendeine psychische Störung liegen bei den Frauen über den Vergleichsraten der Männer^{162,6,163,3}. Die Geschlechtsunterschiede in den Gesamtraten sind allerdings nicht besonders hoch. Das Risiko innerhalb des letzten Jahres an einer der häufigsten psychischen Störungen (zum Beispiel affektive Störungen) erkrankt (gewesen) zu sein ist für Frauen allerdings bis um das Dreifache erhöht^{87,91}.

Betrachtet man die Prävalenzraten der beiden Geschlechter jedoch diagnosespezifisch, so zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede für praktisch alle psychischen Erkrankungen. Auch hier liefern die berücksichtigten Studien ein weitgehend konsistentes Bild: Frauen leiden im Vergleich zu Männern mit grösserer Wahrscheinlichkeit an affektiven sowie Angststörungen. Bei Männern hingegen liegen die Raten für Störungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum - insbesondere Alkohol- sowie Verhaltensstörungen signifikant höher^{162,6,162,1,87,62,83,88,10,2}.

Die Daten der European Study of the Epidemiology of Mental Disorders aus 6 europäischen Ländern zeigen, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine doppelt so grosse Wahrscheinlichkeit aufweisen, während der letzten 12 Monate an einer affektiven oder Angsterkrankung zu leiden. Männer hingegen gewärtigen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum¹.

Kohortenvergleiche liefern Hinweise darauf, dass Frauen bei den bisher von Männern dominierten psychischen Erkrankungen (Alkoholabhängigkeit sowie Verhaltensstörungen) zu den Männern aufschliessen¹⁶². Was psychotische Erkrankungen anbelangt, sind die Risiken für beide Geschlechter weitgehend ähnlich^{144,162,6,164}. Weibliches Geschlecht fungiert zudem als ein nicht modifizierbarer, wenn auch nur schwacher Risikofaktor für demenzielle Erkrankungen^{162,10}. Auch somatoforme Störungen scheinen bei den Frauen häufiger zu sein^{146,7,34}. Was die psychiatrische Komorbidität anbelangt, so sind Frauen generell mit grösserer Wahrscheinlichkeit betroffen als Männer, wobei wiederum diagnosespezifische Unterschiede bestehen^{1,83,3}.

Diese konsistenten Geschlechtsunterschiede in der psychischen Morbidität sind auch auf dem Hintergrund einer Vielzahl sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten (sozioökonomischer Status, soziale Schicht, Zugang zu Ressourcen etc.) und keinesfalls ausschliesslich biologisch verkürzt zu sehen^{91,88,147,165,166,139,167,142}.

5.2.2 Inanspruchnahme

Im Gegensatz zum gesicherten Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und psychiatrischer Morbidität, lässt die vorliegende empirische Evidenz zum Zusammenhang zwischen Geschlecht und psychiatrischer Inanspruchnahme auf den ersten Blick kein konsistentes Muster erkennen^{65,14,54}. Die Inanspruchnahmeraten nach Geschlecht unterscheiden sich in Abhängigkeit von den untersuchten Gesundheitsangeboten, den berücksichtigten Störungsbildern, dem Fokus der Inanspruchnahmeintensität (erstmalige, einmalige Inanspruchnahme vs. Heavy Use) und je nach methodologischer Vorgehensweise. Nur in wenigen Studien fand sich kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und psychiatrischer Inanspruchnahme^{168,78,44,66,73,156,105,63,24,99}.

Die Mehrheit der Studien liefert jedoch Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Inanspruchnahme⁶². Dahingehend, welches Geschlecht mit erhöhter psychiatrischer Inanspruchnahme in Verbindung steht, zeigen die Studien keine einheitlichen Ergebnisse^{54,65,14}. Zahlreiche Studien berichten den Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und höherer Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit respektive -intensität sowohl für den psychiatrischen als auch den allgemeinmedizinischen Sektor^{71,149,100,125,107,49,169,121,170,123,151,93,162,171,18,29,98,108,61,16,104,25,134,47,172,56}.

So hat sich im Rahmen einer Literaturanalyse zur nationalen sowie internationalen Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung weibliches Geschlecht als ein Faktor mit unbestritten positivem Einfluss auf die Inanspruchnahme herausgestellt auf¹⁶.

Aber es gibt auch viele Studien, die für Männer eine erhöhte Inanspruchnahme ausweisen, insbesondere, weil das männliche Geschlecht bei den Heavy Usern dieser Angebote dominiert^{168,72,57,60,94,173,101,174,175,176,148,115,55,150,177}.

Im Rahmen einer epidemiologischen Auswertung der medizinischen Statistik sowie von Bevölkerungsdaten in der Schweiz zeigt sich der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Inanspruchnahme

me in Abhängigkeit vom Alter, von der Art der in Anspruch genommenen Versorgungsleistung sowie von der Diagnose⁶². Die Ergebnisse zum Zusammenwirken zwischen Alter und Geschlecht auf die Inanspruchnahme sind jedoch inkonsistent und abhängig von der Art des fokussierten Gesundheitsangebots.

Was den psychiatrischen Versorgungssektor anbelangt, haben einige Studien jüngere Männer als Heavy User identifiziert^{55,159,81,71}. Aber auch zu dieser Sichtweise gibt es genau die gegenteilige Evidenz^{56,61,25,125}. Einzig bei den Frauen im gebärfähigen Alter wird relativ einheitlich von einer erhöhten Inanspruchnahme über alle Fachgebiete hinweg ausgegangen^{106,159,160,27,62}.

Nach Angebot aufgeschlüsselt wird in der Literatur folgendes berichtet: Frauen begeben sich häufiger im allgemeinmedizinischen sowie spezialisierten Bereich in Behandlung. Männer suchen demgegenüber weitaus häufiger Notfallbehandlungen (somatische wie psychiatrische) auf^{149,86,178,179,108,29,151}. Daten aus der Schweiz zeigen, dass die geschlechtsspezifische stationäre psychiatrische Inanspruchnahme je nach Diagnose erfolgt. Frauen lassen sich am häufigsten wegen Depressionen, neurotischen und Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Schizophrenien behandeln, bei den Männern sind es Schizophrenien, Abhängigkeitserkrankungen sowie Depressionen. Insgesamt werden Frauen jedoch etwas häufiger stationär behandelt als Männer^{62,160}.

Dabei ist zu beachten, dass auch die sozioökonomische sowie die soziale Situation ihren Einfluss auf die Inanspruchnahme geschlechtsspezifisch ausüben, das heisst wie für alle Variablen auch an dieser Stelle, dass das Merkmal "Geschlecht" nicht isoliert betrachtet werden darf^{169,180,170,67,181,182,129,127,106}.

5.3 Zivilstand

In Kürze: Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Zivilstand und psychischer Morbidität weisen einheitlich in eine Richtung – Alleinstehende, Ledige, Getrennte, Geschiedene sowie Verwitwete zeigen im Gegensatz zu Verheirateten oder in stabiler Partnerschaft Lebenden eine schlechtere psychische Gesundheit und ein höheres Ausmass an Inanspruchnahme über alle Angebote hinweg. Der Zivilstand übt zudem in Abhängigkeit vom Geschlecht einen Einfluss auf die Inanspruchnahme aus.

5.3.1 Epidemiologie

Der Zivilstand, beziehungsweise sozialwissenschaftlich genauer: die Partnerschafts- und Lebenssituation, stehen unbestritten in einem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit respektive Krankheit. Die Studien liefern diesbezüglich weitgehend übereinstimmende Ergebnisse⁶². Alleinstehende, getrennte sowie geschiedene Personen zeigen im Vergleich zu verheirateten beziehungsweise in Partnerschaft lebenden Personen vermehrte psychische Belastungen, einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand sowie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen^{62,86,95,183,2,184,83,139,106,1,3,147}.

Die Daten von über 21'000 Befragten aus sechs europäischen Ländern zur Prävalenz psychischer Störungen zeigen, dass ledige, geschiedene, getrennte oder verwitwete Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit für affektive sowie Angsterkrankungen und Störungen im Zusammenhang mit Alkohol in den letzten 12 Monaten aufweisen¹.

Im Rahmen einer amerikanischen Studie auf der Grundlage einer repräsentativen Befragung von über 9'000 Haushalten wurden im Rahmen der statistischen Analysen sieben multivariat beschriebene Störungsklassen identifiziert, welche sich bezüglich Zivilstand wie folgt unterscheiden: Verheiratet zu sein erwies sich als verbunden mit der Zugehörigkeit zu der Klasse der weitgehend Unbelasteten. Demgegenüber neigten Geschiedene stärker zur Klasse der komorbiden internalisierenden Störungen (ko-

morbide Angststörungen, Depressionen, Substanzabhängigkeiten etc.), während Ledige mit der Klasse der hoch-komorbid Depression verbunden waren⁷.

Betrachtet man die depressiven Störungen isoliert, so erwies sich der Zivilstand als zentraler Prädiktor für depressive Erkrankungen, die tiefsten Depressions-Raten zeigen sich bei verheirateten, die höchsten bei geschiedenen Personen. Die Prävalenz bei den im Konkubinat Lebenden ist vergleichbar mit den getrennten und geschiedenen Personen und im Vergleich zu den alleinstehenden um mehr als das Doppelte erhöht^{140,87}. Was die Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum anbelangt, so ist das Erkrankungsrisiko bei ledigen Personen gegenüber verheirateten Personen um ein Vielfaches erhöht^{83,85}, dasselbe gilt für Schizophrenien¹⁴⁴. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für komorbide psychische Erkrankungen generell tragen ledige, geschiedene, getrennte und verwitwete Personen – was die Komorbidität von affektiven und Angsterkrankungen anbelangt, so sind die ledigen Menschen am stärksten betroffen^{1,3}.

Die kausale Richtung dieses Zusammenhangs wird in den verschiedenen Studien durchaus in beide Richtungen diskutiert: Keine(n) Partner(in) zu finden, erhöht auf der einen Seite das Morbiditätsrisiko, während andererseits natürlich eine bereits prämorbid belastete Persönlichkeit oder bereits bestehende psychische Erkrankung die Partnerfindung ihrerseits bedeutsam erschwert. Eine Erklärung der statistischen Assoziation durch soziostrukturelle Drittvariablen o.ä. haben wir in der Literatur nicht auffinden können.

5.3.2 Inanspruchnahme

Der Zusammenhang zwischen Zivilstand und Morbidität schlägt sich ebenfalls in Bezug auf die Inanspruchnahme nieder: Personen, welche ledig, geschieden, getrennt oder verwitwet sind, zeigen über alle Angebote hinweg ein höheres Ausmass an Inanspruchnahme als die Verheirateten respektive in stabiler Partnerschaft Lebenden^{104,111,55,137,185,72,50,44,47,170,64,171,18,186,49,94,124,54,187,176,76,188,70,28,40,57,168,65,152,1}.

Eine australische Studie⁵⁰ zeichnet folgendes Bild der „Heavy User“ von psychiatrischen Versorgungsangeboten in Bezug auf den Zivilstand: 60% der „Heavy-User“ waren niemals verheiratet, 10% sind derzeit verheiratet und 30% sind getrennt, geschieden oder verwitwet.

Für die Schweiz lässt sich anhand der medizinischen Statistik sowie der Bevölkerungsdaten (ESPOP) zeigen, dass die stationäre psychiatrische Behandlungsprävalenz bei den Geschiedenen 3.3mal höher ist als bei den Verheirateten. Bei den Ledigen ist das Risiko einer stationären Behandlung im Vergleich zu den Verheirateten mehr als doppelt so hoch. Verheiratete weisen somit die geringste Behandlungsprävalenz auf⁶².

Die berücksichtigten Studien liefern Hinweise auf Geschlechtsunterschiede im Zusammenhang zwischen Zivilstand und Inanspruchnahme sämtlicher Angebote: Bei den Männern scheinen die Ledigen ein höheres Ausmass an Inanspruchnahme zu zeigen, bei den Frauen trifft dies eher auf die Geschiedenen, Getrennten sowie in nichtehelichen Beziehungen Lebenden zu^{180,55,71,181,127,182,175,129,106}.

5.4 Sozioökonomischer Status

In Kürze: Die empirischen Befunde zeigen einheitlich, dass sämtliche Indikatoren des sozioökonomischen Status in einem Zusammenhang mit der psychischen Morbidität stehen. Einkommen und Bildungsstand stehen in einem negativen Zusammenhang mit der Erkrankungswahrscheinlichkeit für affektive Erkrankungen, Angststörungen, Substanzabhängigkeiten etc. Erwerbslosigkeit geht ebenfalls einher mit einem erhöhten Risiko für die genannten Erkrankungen. Dieser Zusammenhang zwischen

Erwerbslosigkeit und psychiatrischer Morbidität schlägt sich in einer erhöhten Inanspruchnahmerate über alle Sektoren hinweg nieder. Die Inanspruchnahme in Abhängigkeit von Bildungsstand und Einkommen erfolgt je nach Versorgungssektor – Personen mit höherem Bildungsstand und Einkommen begeben sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit im spezialisierten psychiatrischen Sektor in Behandlung, jene mit geringerer Bildung und tieferem Einkommen eher in allgemeinmedizinische sowie Notfallbehandlung.

5.4.1 Epidemiologie

Im Rahmen einer Studie zur stationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz berichten die Autoren⁶² über einen vielfach feststellbaren Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Risiko für psychische Erkrankungen. Mit steigendem sozioökonomischem Status sinken die Prävalenzraten für die meisten psychischen Erkrankungen^{62,3}. Menschen mit einer Behinderung zeigen zudem einen tieferen sozioökonomischen Status im Vergleich zur restlichen Bevölkerung^{189,86,130}. Als Indikatoren für den sozioökonomischen Status werden vorwiegend der Erwerbsstatus, der Bildungsstand, sowie das Einkommen herangezogen. Eine amerikanische Längsschnittstudie kommt zum Schluss, dass für sämtliche Indikatoren ein moderater bis starker negativer Zusammenhang zur psychischen Morbidität besteht¹⁹⁰.

Erwerbsstatus

Zahlreiche internationale Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und einem erhöhten Risiko für sämtliche psychischen Störungen^{1,183,3,147,141,139,167,62,87,2,184}. Insbesondere für Depressionen, Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum sowie komorbiden Angst- und affektiven Erkrankungen ist der Zusammenhang mit Erwerbslosigkeit besonders stark^{165,1,83}.

Die Daten der European Study of the Epidemiology of Mental Disorders für Italien⁸⁷ haben belegt, dass Arbeitslosigkeit mit einem doppelt so hohen Risiko für affektive Störungen in den letzten 12 Monaten einher geht.

Es gibt Hinweise dahingehend, dass Charakteristika der Wohnumgebung (Deprivations-Index, Bevölkerungsdichte, Stadt/Land etc.) den individuellen Effekt der ökonomischen Inaktivität auf die psychische Gesundheit modulieren – bei den nicht Erwerbstätigen kommt der Einfluss einer ungünstigen Wohnumgebung besonders stark zum Tragen und wirkt sich auf die psychische Gesundheit aus^{191,166,139,167}.

Bildungsstand

Was den *Bildungsstand* anbelangt, wird übereinstimmend von einem negativen Zusammenhang zwischen Bildungsstand und dem Risiko für verschiedene psychische Störungen berichtet. Zahlreiche weitere Studien belegen, dass ein höherer Bildungsstand in sämtlichen untersuchten Ländern mit besserer psychischer Gesundheit einhergeht^{143,2,10,190,147,141,151,189,184}.

Eine europäische ländervergleichende Studie auf der Grundlage der Daten des European Community Household Panel¹⁸⁴ zeigt, dass ein höherer Bildungsstand in allen Ländern mit besserer Gesundheit in Verbindung steht. Höher Gebildete sind zudem in allen Ländern in den höchsten Einkommensgruppen anzutreffen.

Betrachtet man die spezifischen Erkrankungen getrennt, so wird ein geringes Bildungsniveau im Rahmen verschiedener Studien häufig in Verbindung gebracht mit affektiven Erkrankungen, komorbiden affektiven und Angststörungen^{87,1,4} sowie Schizophrenien und Störungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum¹⁴⁴. Weitere Untersuchungen ergaben, dass somatisierende Patienten in Haus-

arztpraxen über eine geringere Bildung verfügen als die nicht somatisierenden Patienten³⁷, und dass Personen mit geringer Bildung bei den schwer kranken Patienten im Vergleich zu den weniger schwer Erkrankten übervertreten sind⁹⁵.

Einkommen

Mehrere gross angelegte, international vergleichende Studien widmen sich dem Zusammenhang zwischen Einkommen und Morbidität auf der Basis von repräsentativen Bevölkerungs- respektive Haushaltsbefragungen in den USA, Kanada sowie zahlreichen europäischen Ländern. Sämtliche Studien zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Prävalenz psychischer Erkrankungen über alle untersuchten Länder hinweg^{192,193,184}. Zahlreiche weitere Studien konnten belegen, dass Personen mit einem geringeren Einkommen ein höheres Risiko tragen, an einer psychischen Störung zu erkranken, als Angehörige der höheren Einkommensklassen^{194,95,191}, dies gilt insbesondere für Angsterkrankungen sowie Depressionen^{195,140}.

Das Einkommen ist für einen beträchtlichen Anteil in der Grössenordnung von 25-40% der gemessenen Ungleichheit in punkto Gesundheit verantwortlich. Ungleichheit bezüglich Gesundheit ist jedoch nicht nur eine Spiegelung der Einkommens-Ungleichheit. Es sind nicht so sehr die Unterschiede in der Einkommens-Ungleichheit, sondern die teilweise Verbindung zwischen Einkommen und weiteren Merkmalen, die häufig mit schlechterer Gesundheit verbunden sind (zum Beispiel bei älteren Frauen, geringer Gebildeten, Unverheirateten, Migranten, Nicht-Erwerbstätige), welche den Zusammenhang mit beeinflussen¹⁸⁴.

Die kausale Richtung dieses negativen Zusammenhangs zwischen Einkommen und psychischer Krankheit kann teilweise durch Invalidisierungsprozesse anschaulich als „Krankheit führt zu Einkommensverlust“ interpretiert werden.

Eine Studie aus Dänemark¹⁹⁶, welche eine Gruppe von späteren psychisch kranken stationären Patienten mit einer gesunden Kontrollgruppe im Hinblick auf das Einkommen vergleicht, konnte zeigen, dass sich die Einkommenssituation zwischen den beiden Gruppen lange vor der ersten psychiatrischen Hospitalisation nicht bedeutsam unterscheidet. In den Jahren vor der Ersthospitalisation fällt der durchschnittliche Verdienst mehr und mehr. Im Jahr der Ersthospitalisation ist der Verdienst um 21% reduziert. Dann stabilisiert sich die Situation wieder, 5 Jahre nach der ersten Hospitalisation ist jedoch der Verdienst wiederum um 21% reduziert im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die psychiatrischen Fälle unterscheiden sich von der Kontrollgruppe 13 Jahre vor der Ersthospitalisation bis zu 23 Jahre danach signifikant, der Verdienst der psychiatrischen Fälle bleibt auf dem Niveau, auf welchem er sich ein Jahr nach Ersthospitalisation bewegte.

Aber zumindest eine Längsschnittstudie aus den USA (allerdings mit hochaggregierten Behandlungsdaten) berichtet auch Hinweise darauf, dass ebenfalls in der Gegenrichtung die Einkommenssituation eines Individuums in einem kausalen Zusammenhang mit der Entwicklung psychischer Störungen stehen könnte¹⁹⁰.

5.4.2 Inanspruchnahme

Menschen, welche unter schwierigen sozioökonomischen Bedingungen leben, zeigen entsprechend vermehrt Bedürfnisse nach medizinischer Behandlung^{14,193,184,16}. Dennoch ist der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und genereller Inanspruchnahme nicht unbestritten, wie eine amerikanische Längsschnittstudie gezeigt hat¹⁰⁷.

Betrachtet man die Evidenz zu den einkommensbedingten Inanspruchnahmeraten getrennt nach Versorgungssektor, so gibt es Hinweise dahingehend, dass die Wahrscheinlichkeit der Konsultation bei einem Allgemeinmediziner nicht vom sozioökonomischen Status geleitet wird. Im Falle der psychiatri-

schen Versorgung hingegen, suchen Europäer mit höherem sozioökonomischen Status mit grösserer Wahrscheinlichkeit einen Spezialisten auf, als die weniger Wohlhabenden^{193,184,16,86}.

Die Durchsicht der internationalen Literatur zum Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen sowie die Auswertung von schweizerischen Daten zeigen auf, dass Menschen mit tieferem sozioökonomischem Status schwerer Zugang zu psychiatrischen Versorgungsangeboten finden⁶².

Um die Inanspruchnahmepattern in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status verstehen zu können, muss differenziert werden zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren (Allgemeinmedizin vs. Spezialisten). Eine Ausnahme bildet der Erwerbsstatus – Arbeitslosigkeit geht über alle Sektoren hinweg mit erhöhter Inanspruchnahme einher. Die Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren des sozioökonomischen Status werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Erwerbsstatus

In der nationalen sowie internationalen Literatur zeigt sich der Erwerbsstatus durchgängig als Indikator für Inanspruchnahme. Arbeitslosigkeit geht mit einem erhöhten Bedürfnis nach medizinischer Versorgung einher^{14,51,197} und arbeitslose sowie berentete Personen nehmen über sämtliche Versorgungssektoren hinweg Leistungen vermehrt in Anspruch^{137,185,181,173,78,175,198,13,199,76,149,106,127,182,187,70,29,86,57}.

Allerdings zeigen Verlaufsstudien, dass die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit wohl eher das Resultat, und nur in seltenen Fällen der Grund für eine Inanspruchnahme darstellt. In der Schweiz liegt die Wahrscheinlichkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung für Erwerbslose 16,5-fach höher als bei den Vollzeit-Erwerbstätigen⁶². Studien, welche die „Heavy User“ medizinischer Angebote untersuchen, konnten je nach Definition für „Heavy Use“ zeigen, dass zwischen 33% und 93% dieser Patienten arbeitslos sind^{41,170,65,200,50,64,188,28,44,110,111,201}. Betrachtet man die Kosten als einen Indikator für Inanspruchnahme, so hat sich Arbeitslosigkeit als einer der bedeutsamsten Prädiktoren zur Vorhersage der psychiatrischen sowie nicht-psychiatrischen Kosten erwiesen^{116,202,203,98}.

Bildungsstand

Auf der Grundlage der zahlreichen Studien zum negativen Zusammenhang zwischen *Bildungsstand* und psychischer Morbidität, ist zu erwarten, dass Personen mit geringerer Bildung ebenfalls eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zeigen. Unklar bleibt, ob die höhere Inanspruchnahme bei kranken Personen mit geringerer Bildung durch eine ebenfalls geringere „Health Literacy“ (Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung und ein adäquates Inanspruchnahmeverhalten) und daher ungezielteres Aufsuchen diverser Angebote zu Stande kommt. Demzufolge könnten sich gut gebildete Kranke ihre Hilfe im medizinischen Versorgungssystem aktiv besser organisieren. Die Gegenthese wäre, dass tatsächlich der Bedarf an Behandlung bei Patienten mit geringerer Bildung quantitativ intensiver ist. Aus der empirischen Literatur lässt sich lediglich die höhere Nutzungsintensität bei niedrigeren Bildungsschichten in manchen¹⁴, aber nicht in allen Studien feststellen^{106,107,134}.

Personen mit höherer und geringerer Bildung unterscheiden sich auch dahingehend, welche Art von medizinischer Versorgungsleistung sie bei psychischen Problemen in Anspruch nehmen. Ein höherer Bildungsstand geht mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aus dem spezialisierten psychiatrischen Sektor einher, während ein geringerer Bildungsstand eher mit einer Behandlung im allgemeinmedizinischen Sektor sowie dem Aufsuchen von Notfallstationen in Zusammenhang steht^{29,47,49,58,62,108,110,137,151,184,204}.

Dies spricht eher für die These von der „Health Literacy“ als Erklärung für die gezieltere Inanspruchnahme bei Patienten mit höherer Bildung. Im Rahmen einer gesamtschweizerischen Analyse von

Zwangseinweisungen erwies sich unter anderem eine schlechte Schulbildung als Risikofaktor für unfreiwillige Eintritte und Zwangseinweisungen¹⁷⁵. Vergleicht man die „Heavy User“ sämtlicher Versorgungsangebote mit den restlichen Nutzern, so verfügen die „Heavy User“ über einen tieferen Bildungsstand als die geringen Nutzer^{29,63,64,110,127,180,200}.

Einkommen

Was den Zusammenhang zwischen dem *Einkommen* und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten aufgrund von psychischen Problemen anbelangt, so sind die Ergebnisse teilweise widersprüchlich - während einige Studien über einen Zusammenhang berichten, konstatieren andere den fehlenden Zusammenhang^{18,49,121,192,205}. Der Bedarf an ärztlicher Behandlung ist nachweislich grösser in den Gruppen mit tieferem Einkommen. Kontrolliert man nach Bedarf so bleiben grosse Unterschiede in den einkommensbedingten Inanspruchnahmeraten von allgemeinmedizinischer vs. spezialisierter Behandlung¹⁹³.

Studien, welche die Inanspruchnahme einzelner Versorgungsangebote in Abhängigkeit vom Einkommen miteinander vergleichen, konnten nun zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, sich überhaupt in Behandlung zu begeben, nicht abhängig ist vom Einkommen – die Art der in Anspruch genommenen Behandlung aufgrund von psychischen Problemen jedoch schon. So konnte mittels der Daten aus einer repräsentativen Haushaltsbefragung in Italien gezeigt werden, dass mit steigendem Einkommen die Wahrscheinlichkeit ansteigt, sich bei einem Spezialisten in Behandlung zu begeben, während die Wahrscheinlichkeit für eine Behandlung beim Allgemeinmediziner sinkt⁹³. Im Rahmen weiterer Studien konnten die Unterschiede in den einkommensbedingten Inanspruchnahmeraten von allgemeinmedizinischer vs. spezialisierter Behandlung für Europa bestätigt werden, finanziell besser gestellte Europäer suchen mit grösserer Wahrscheinlichkeit einen Spezialisten auf als die weniger wohlhabenden^{108,109,171,184,193,206}.

Die finanzielle Situation scheint jedoch auch in der Heavy User-Population psychiatrischer Angebote ein zentrales Thema zu sein: Eine Analyse von Heavy Usern gemeindebasierter psychiatrischer Versorgungsangebote in Australien hat gezeigt, dass „Finanzen“ für 60% der Heavy User andauernde Stressoren sind und dass 48% von ihnen über finanzielle Schwierigkeiten oder Schulden berichten⁵⁰.

5.5 Herkunft

In Kürze: Die psychische Morbidität der Migrationsbevölkerung im Vergleich zu der einheimischen Bevölkerung unterscheidet sich je nach Herkunfts- und Zielland sowie Erkrankung. Für die Schweiz hat sich gezeigt, dass Eingewanderte aus den meisten Nachbarländern einen mit den Einheimischen vergleichbaren Gesundheitszustand zeigen, die restlichen MigrantInnen aber deutlich schlechtere Gesundheit aufweisen. Das Inanspruchnahmeverhalten der MigrantInnen ist von zahlreichen Faktoren abhängig, sodass sich kein klares Bild zeigt. Für die Schweiz erfolgt die Inanspruchnahme in Abhängigkeit vom Alter, Geschlecht und Herkunftsland der MigrantInnen.

5.5.1 Epidemiologie

Im Rahmen einer Analyse von Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweiz¹⁵¹ wurden unter anderem Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung analysiert und die Resultate unter Einbezug der internationalen Literatur ausführlich diskutiert. Die Autoren kommen zum Schluss, dass Personen ausländischer Herkunft im Vergleich zu SchweizerInnen

einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten zeigen.

Diese Aussage erfährt jedoch eine Relativierung, wenn man die Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der Schweizerischen Migrationsbevölkerung 2004²⁰⁷ heranzieht: MigrantInnen aus Deutschland, Österreich und Frankreich unterscheiden sich in Bezug auf die Indikatoren der gesundheitlichen Lage nicht bedeutsam von den SchweizerInnen - dies gilt auch für den Indikator der psychischen Ausgeglichenheit. Die restlichen MigrantInnen weichen je nach Herkunftsland in der gesundheitlichen Lage mehr oder weniger von den SchweizerInnen ab. Weibliche Migranten zeigen dabei tendenziell eine weniger gute Gesundheit. Auch in Bezug auf gesundheitsförderliches und -riskantes Verhalten unterscheiden sich die MigrantInnen von den SchweizerInnen - sie zeigen einen tendenziell geringeren Alkoholkonsum, eine zumeist höhere Sportabstinenz und in gewissen Gruppen eine erhöhte Raucherquote. Betrachtet man lediglich die psychische Ausgeglichenheit als ein Indikator der gesundheitlichen Lage, so zeigt die Schweizer Bevölkerung die höchste psychische Ausgeglichenheit, gefolgt von den deutschen, österreichischen und französischen Befragten sowie den italienischen MigrantInnen. Danach folgen mit einigem Abstand weitere Migrantenpopulationen (Portugiesen, Ex-Jugoslawen, Tami-len, Türken, Kosovaren).

Internationale Studien konnten ebenfalls zeigen, dass das individuelle Charakteristikum der Herkunft in einem Zusammenhang steht mit der psychischen Gesundheit. Farbige Befragte zeigen generell eine schlechtere psychische Gesundheit als kaukasische Befragte^{37,86,95,141,151}.

Betrachtet man die psychische Gesundheit differenziert für einzelne Störungsbilder, so zeigt sich jedoch, dass kein Zusammenhang besteht zwischen Migration und Angststörungen sowie Depressionen². Für die Depression konnte eine kanadische Studie zeigen, dass die 12-Monats- sowie Lebenszeitprävalenz der Migranten nur 60% jener der in Kanada Geborenen beträgt – ein Hinweis für den sogenannten „Healthy Migrant“-Effekt¹⁴⁰. Bei Störungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum dürfte das Herkunftsland respektive die religiöse Ausrichtung der Befragten widersprüchliche Ergebnisse erklären^{2,144}. Schizophrenien scheinen prävalenter zu sein bei ethnischen Minderheiten^{144,208}. Somatisierung scheint ebenfalls verbreiteter zu sein bei Migranten^{34,37}, wobei dieser Zusammenhang teilweise durch den insgesamt geringeren Bildungsstand und/oder kulturell abweichende Krankheitskonzepte zustande kommen mag.

Der gesundheitsbezogene Effekt bezüglich der Herkunft, lässt sich damit erklären, dass Angehörige ethnischer Minderheiten oft in den tieferen Einkommens-Gruppen, mit weniger Bildungsstand anzutreffen sind und häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind¹⁸⁴.

Zudem scheint es einen nachbarschaftlichen sozialen kontextuellen Effekt zu geben – das individuelle Krankheitsrisiko für Minderheitsgruppen scheint abhängig zu sein von der nachbarschaftlichen ethnischen Dichte - die Inzidenzraten steigen an bei ethnischen Minderheiten, wenn der Anteil dieser Minderheitsgruppe in dem betreffenden Gebiet abnimmt^{141,142,208}.

5.5.2 Inanspruchnahme

Der konstatierte Zusammenhang zwischen Herkunft und Gesundheit schlägt sich ebenfalls in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nieder. Eine Schweizer Studie²⁰⁹ zur Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen hat gezeigt, dass AusländerInnen ein niedrigeres Niveau an Hospitalisierungen zeigen, dieses jedoch je nach Altersgruppe und Geschlecht mehr oder weniger von jenem der Einheimischen abweicht. Für die ausländischen Männer unter 35 und über 50 Jahre entspricht das Hospitalisationsrisiko weitgehend jenem der Einheimischen, lediglich die ausländischen Frauen ab 50 Jahren haben in jüngster Zeit die Schweizer Frauen in der Hospitalisierungsrate überholt.

Eine Differenzierung nach Art der in Anspruch genommenen Leistung zeigt ebenfalls für die Schweiz, dass bei AusländerInnen – mit Ausnahme von italienischer, deutscher, österreichischer und französischer Herkunft - Arzt-/Spitalkonsultationen inklusive Notfallkonsultationen im Vergleich zu den SchweizerInnen signifikant häufiger sind. Bezüglich Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich je nach Art der Vorsorge und Alter der Befragten bei den MigrantInnen eine geringere Inanspruchnahmerate. Die Spezialarztkonsultationen zeigen nur bei den Männern signifikant höhere Prävalenzen bei Ausländern im Vergleich zu Schweizern. Bei den paramedizinischen Leistungen variieren die Unterschiede je nach Typ der Leistung - für Konsultationen bei Psychologen gibt es keine signifikanten Unterschiede nach Nationalität^{151,207}.

Was die generelle Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten anbelangt, sind sich die Studien aus den USA und Kanada nicht einig - es werden sowohl Migranten als auch Einheimische als jene Gruppe mit einer erhöhten Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit identifiziert^{18,86}.

Betrachtet man die einzelnen Versorgungssektoren getrennt, so ist die Evidenz ebenfalls nicht einheitlich. Eine Studie aus den USA sieht die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minorität als Prädiktor für die Inanspruchnahme von psychiatrischer Behandlung bei einer Gruppe von 20'000 Kriegsveteranen¹³⁷ während gemäss weiteren Studien weisse Hautfarbe und ein fehlender lateinamerikanischer Hintergrund die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung erhöhen^{100,171,210}. Ebenfalls für Amerika konnte gezeigt werden, dass ethnische Minoritäten über eine geringere Behandlungswahrscheinlichkeit im allgemeinmedizinischen Sektor verfügen¹⁰⁴. Einigkeit besteht dahingehend, dass die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch einhergeht⁵².

Legt man den Fokus auf die häufige Inanspruchnahme so kommt ein Review von 250 deutsch- und englischsprachigen Publikationen zum Schluss, dass die Ergebnisse der Forschung zum Zusammenhang zwischen Herkunft und „Heavy User“ stationärer psychiatrischer Versorgung widersprüchlich sind⁶⁵ und bis hin zu keinem Zusammenhang zwischen Herkunft und häufiger Inanspruchnahme reichen^{73,78,180}.

Diese widersprüchliche empirische Evidenz dürfte dadurch zu Stande kommen, dass es den typischen „Migranten“ nicht gibt, die eingewanderten Personen unterscheiden sich untereinander sowie von Land zu Land und scheinen ihrerseits unterschiedliche Charakteristika mitzubringen, welche im Zusammenhang mit den Strukturen des neuen Heimatlandes sowie der dortigen Versorgungslandschaft interagieren. Auch der „Healthy Migrant“-Effekt ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Die Ergebnisse der einzelnen Studien scheinen somit für das betreffende Land und die jeweilige Migranten-Population zu gelten und dürfen nicht a priori generalisiert werden²⁰⁹.

6 Regionale Indikatoren

***In Kürze:** Regionale Indikatoren wie die Charakteristika der Wohngegend oder der Urbanitätsgrad des Wohnortes stehen in einem Zusammenhang mit der psychischen Morbidität und Inanspruchnahme. Bewohner von deprivierten und städtischen Wohngegenden zeigen höhere Prävalenzraten. Der erwähnte Zusammenhang zwischen Deprivation respektive Urbanitätsgrad und Morbidität zeigt sich auch in Bezug auf Inanspruchnahme insbesondere von psychiatrischen Angeboten. Im Rahmen der Deprivationsindizes erwies sich vor allem die Arbeitslosenquote einer Gegend als starker Prädiktor für Inanspruchnahme.*

6.1 Charakteristika der Wohngegend

6.1.1 Epidemiologie

Im letzten Jahrzehnt hat sich ein Forschungszweig entwickelt, welcher sich mit den Auswirkungen der Wohngegend auf die psychische Gesundheit beschäftigt. Es werden strukturelle Charakteristika der Nachbarschaft wie soziale Deprivation, räumliche Isolation, Zugang zu Gesundheitsdiensten, soziale Kohäsion, verschiedene Sozialleistungsbezugs-Masse, Masse der ökonomischen Inaktivität, soziale Desorganisation, Bevölkerungsdichte etc. berücksichtigt und deren Zusammenhang mit dem Auftreten psychischer Störungen sowie mit dem individuellen Gesundheitszustand untersucht. Im Rahmen dieser sogenannten „Multilevel Studien“ konnte wiederholt gezeigt werden, dass ein rechnerischer Zusammenhang besteht zwischen den strukturellen Charakteristika der Nachbarschaft, gemessen über unterschiedliche Deprivations-Indizes und der Prävalenz psychischer Erkrankungen in den entsprechenden Gegenden, und der Inanspruchnahme, und zwar unabhängig vom Effekt individueller Charakteristika. Das bedeutet, dass der Lebenskontext vieler psychisch Kranker ein zusätzliches Risiko jenseits ihrer individuellen Disposition darstellt. Die theoretische Erklärung eines solchen Effekts ist gegenwärtig noch umstritten.

Gebiete mit einem hohen Ausmass an Deprivation zeigen erhöhte Prävalenz- respektive Inzidenzraten für eine Vielzahl psychischer Störungen^{139,142,144,167,190,191,208,211-216}. Auch der negative Zusammenhang zwischen der Deprivation auf Gebietsebene und der individuellen psychischen Gesundheit kann als gesichert angesehen werden^{139,166,167,217}. Das Ausmass des Zusammenhangs zwischen Charakteristika der Nachbarschaft und psychischer Gesundheit scheint jedoch eher gering zu sein²¹⁸. Individuelle Charakteristika sowie die Charakteristika des Haushalts, in dem jemand lebt, scheinen einen stärkeren Einfluss auf die psychische Gesundheit auszuüben – „people rather than place, that matter.“¹⁴¹. Sämtliche negativen kontextuellen Effekte auf die psychische Gesundheit sind zudem stärker bei Personen, welche ökonomisch schlechter gestellt sind (arbeitslos, tiefe Schicht, geringes Einkommen)^{139,166,167,191}.

Eine Studie¹⁹⁴ zur relativen Deprivation (individueller Einkommensstatus in Relation zu einer Referenzgruppe) in den USA geht zum Beispiel davon aus, dass eine Abnahme der relativen Deprivation um 25% die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung um 9.5% zu senken vermag.

Der Effekt des Wohnbezirks beeinflusst den individuellen Effekt der ökonomischen Inaktivität auf die psychische Gesundheit¹⁶⁶. Im Rahmen einer britischen Studie wurde gezeigt, dass soziale Kohäsion (Freundschaften in der Nachbarschaft, nachbarschaftliche Besuche, Austausch von Gefallen) den Zusammenhang zwischen Deprivation und psychischer Gesundheit zu beeinflussen vermag – der negative Effekt von Deprivation auf die psychische Gesundheit ist signifikant schwächer in Gegenden mit hoher sozialer Kohäsion²¹⁹. Damit fällt teilweise auch die psychisch protektive soziale Unterstützung weg.

6.1.2 Inanspruchnahme

Strukturelle Charakteristika der Nachbarschaft wie Wohnbedingungen, Bevölkerungsdichte, Anteil ausländischer Bevölkerung etc. stehen in einem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten. Ein grösseres Ausmass an Deprivation auf dem Gebietslevel geht mit höheren psychiatrischen Hospitalisationsraten einher^{186,213}. Dieser Effekt scheint in Abhängigkeit von der Diagnose zu erfolgen und ist bei den Schizophrenen und psychoaktiven Substanzabhängigkeiten am grössten⁷⁷.

Im Gegensatz zu den gängigen Deprivations-Massen (Townsend's Index, Carstairs Index, Jarman-Index, Underprivileged area score) erwies sich die Arbeitslosenquote in einem Gebiet als überlegener und aktualisierbarer Prädiktor für Inanspruchnahme²²⁰⁻²²³.

Eine britische Studie²²² kommt diesbezüglich zum Schluss, dass die Arbeitslosenquote 93% der Varianz in den personenbasierten psychiatrischen Hospitalisationsraten der unter 65-Jährigen zu erklären vermag. Auf Gebietsebene erklären die Arbeitslosenquoten immer noch 50-60% der Varianz in den Hospitalisationsraten und somit mehr als der Deprivationsindex.

Gilthorpe und Wilson (2003)²²⁴ haben gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Deprivation und Inanspruchnahmeraten in Abhängigkeit davon variiert, wie ländlich respektive städtisch die entsprechende Gegend liegt. Für die Schweiz üben gebietsweise strukturelle Aspekte wie das kantonale Pro-Kopf-Einkommen, der Anteil an älteren KantonsbewohnerInnen, die Arbeitslosenquote und die Bevölkerungsdichte einen bedeutsamen Einfluss auf die Pro-Kopf-Gesundheitskosten aus¹⁶.

Fokussiert man auf den einzelnen Menschen, welcher in einer deprivierten Wohnumgebung lebt, so steigt das Risiko für irgendeine sowie eine psychiatrische Hospitalisation für Personen, welche in einem deprivierten Gebiet leben unabhängig von weiteren individuellen Charakteristika^{150,152}. Es gibt Hinweise dahingehend, dass strukturelle Charakteristika der Nachbarschaft prädiktiv sind für die Inanspruchnahme medizinischer Behandlung¹⁴. Dennoch bleibt unklar, ob das Inanspruchnahme-Muster einen erhöhten Bedarf nach Behandlung benachteiligter Gruppen widerspiegelt¹⁸⁶. Umgekehrt konnte auch gezeigt werden, dass eine qualitativ hochwertigere Wohnumgebung (neuere, gepflegte Gebäude, kein Zerfall in der Nachbarschaft usw.) mit besseren Gesundheitsergebnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und geringeren Kosten durch Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einhergeht¹¹⁷.

6.2 Stadt/Land

6.2.1 Epidemiologie

Im Rahmen ihrer Auswertung der medizinischen Statistik sowie der Bevölkerungsdaten fassen Kuhl und Herdt (2007)⁶² die Ergebnisse zur Epidemiologie psychischer Störungen kurz zusammen und kommen dabei zum Schluss, dass die Datenlage zur Prävalenz psychischer Störungen in urbanen gegenüber ländlichen Regionen inkonsistent ist. Einige Studien liefern Hinweise für eine geringfügig jedoch signifikant bessere psychische Gesundheit in ländlichen gegenüber städtischen Gebieten²²⁶.

Für Grossbritannien konnte eine Multilevel-Studie¹⁹¹ unter Rückgriff auf die Daten des British Household Panel Survey zeigen, dass die Prävalenz der häufigsten psychischen Störungen über alle untersuchten Bezirke hinweg 24,7% beträgt. Mit 18,8% sind die signifikant tiefsten Prävalenzraten in ländlichen Gegenden zu finden. Ein städtischer Wohnort geht einher mit einem geringfügig erhöhten Risiko für psychische Störungen sowie erhöhten Erkrankungsraten im Vergleich zu ländlichen Wohngegenden^{1,105,141,191,208,226,227}.

Kuhl und Herdt (2007)⁶² sprechen diese Evidenz ebenfalls an, bemerken aber einschränkend, dass diese nur für Europa und nicht für sämtliche psychischen Erkrankungen vorliegt. Relativ gut belegt ist der Zusammenhang zwischen städtischer Wohngegend und Schizophrenie, Depression, Komorbidität zwischen affektiven und Angsterkrankungen^{1,105,208,227} sowie psychischen Erkrankungen generell^{1,141,191}. Einige Studien konnten keinen Zusammenhang zwischen dem Wohnort und der psychiatrischen Morbidität nachweisen^{2,87,191}.

Wang (2004)¹⁰⁵, welcher sich mit den Stadt-Land-Unterschieden in der Prävalenz von Major Depression in Kanada beschäftigt, konnte zeigen, dass Befragte in ländlichen Gebieten eine geringere Prävalenz von Depressionen aufweisen als jene in städtischen Gebieten, wenn man nach Herkunft, Erwerbsstatus, Zivilstand als konfundierende Variablen kontrolliert. Die Gründe für Stadt-Land-Unterschiede in Bezug auf die Prävalenz psychischer Störungen werden als komplex bezeichnet.

6.2.2 Inanspruchnahme

Ob jemand in einer städtischen oder ländlichen Wohngegend lebt, steht nicht nur in einem Zusammenhang mit der psychiatrischen Morbidität, sondern auch mit dem Inanspruchnahmeverhalten. Bewohner urbaner Gebiete begeben sich über verschiedene Länder hinweg jeweils häufiger in Behandlung insbesondere in psychiatrische als jene ländlicher Gebiete^{47,49,72,105,126,137,171,205}.

So zeigt die Analyse der Lebenszeitkonsultationsraten einer Stichprobe von 8'796 nicht hospitalisierten Erwachsenen aus sechs europäischen Ländern, dass Personen, welche in städtischen Gebieten wohnen, generell psychiatrische Angebote stärker nutzen⁴⁷.

Die Autoren einer Studie zur Inanspruchnahme der stationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz berichten über inkonsistente Ergebnisse internationaler Studien zu Unterschieden punkto Inanspruchnahme in Abhängigkeit von einer städtischen oder ländlichen Wohngegend. Die Ergebnisse sind gemäss den Autoren konfundiert durch Faktoren wie sozioökonomischen Status, Herkunft etc. Eigene Auswertungen der medizinischen Statistik sowie der Bevölkerungsdaten zeigen, dass die Bevölkerungsstruktur als zentraler Einflussfaktor auf die Behandlungsprävalenz im stationären psychiatrischen Bereich wirkt⁶².

Im Zusammenhang zwischen dem Wohnort und der Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit erwies sich die Erreichbarkeit der entsprechenden Angebote als nicht unbedeutender Faktor – jedoch besteht keine Einigkeit dahingehend, wer nun eine grössere Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit zeigt, jene, welche in grösserer oder kleinerer räumlicher Distanz zu den entsprechenden Angeboten wohnen^{24,68,77,108,210,228}.

Zudem liegen Hinweise in die Richtung vor, dass der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Deprivation und Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von der Stadt-Land-Dimension wirkt^{62,77,224}.

6.3 Soziale Unterstützung

In Kürze: Zum Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychischer Morbidität äussern sich die im Rahmen der vorliegenden Arbeit gefundenen Studien nicht direkt. Bezüglich der Inanspruchnahme ist die Rolle der sozialen Unterstützung hingegen vielfach bestätigt – ein geringes Ausmass an sozialer Unterstützung geht mit erhöhten Inanspruchnahmeraten für sämtliche Gesundheitsangebote einher. Die Population der „Heavy User“ erwies sich dementsprechend übereinstimmend als schlechter gestellt als die restlichen Nutzer in Bezug auf die soziale Situation insgesamt.

6.3.1 Inanspruchnahme

Im Rahmen der dargestellten Einflussfaktoren auf die psychiatrische Morbidität sowie die Inanspruchnahme aufgrund psychischer Probleme sind wiederholt Hinweise darauf zu finden, dass die soziale Situation der betroffenen Person eine Rolle spielt im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und der Inanspruchnahme.

Die australischen Autoren Kent & Yellowlees (1995)⁵⁰ gehen anhand der Resultate ihrer Studie zum Thema „Heavy Use“ stationärer psychiatrischer Angebote davon aus, dass soziale Faktoren im weitesten Sinn zu 39% der Hospitalisationen der 50 untersuchten "Heavy-User" beitragen und somit als die zentralen Faktoren, welche zu psychiatrischen Hospitalisationen führen, gesehen werden können.

So zeigen beispielsweise die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Zivilstand und psychiatrischer Morbidität und Inanspruchnahme, dass Personen, welche alleine leben eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit zeigen und auch mehr Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen. Eine prospektive Studie aus den Niederlanden, welche sich der Rolle sozialer Unterstützung als potentielltem Mediator des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen und Inanspruchnahme gewidmet hat, konnte zeigen, dass Befragte mit geringerer wahrgenommener sozialer Unterstützung eine zwei- bis dreifach erhöhte Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit zeigen¹⁷. Die Autoren kommen zum Schluss, dass ein geringes Ausmass an sozialer Unterstützung einen unabhängigen Effekt auf die Inanspruchnahme sämtlicher Gesundheitsleistungen hat. Alleinstehend zu sein hat hingegen lediglich einen Effekt auf die Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung, nicht aber auf die Nutzung allgemeinmedizinischer Versorgung. Ein geringes Ausmass an sozialer Unterstützung scheint den Einfluss einer psychischen Störung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zu intensivieren.

Eine diesbezüglich sehr aussagekräftige Patientenpopulation stellen die Heavy User dar. Die Ergebnisse aus der Heavy-User-Forschung sind dementsprechend auch relativ einheitlich: Heavy User berichten insgesamt über ein geringeres Ausmass an sozialer Unterstützung^{38,50,64,79,156,157}, über eine ungünstigere soziale Situation^{16,101,121,156,201,225} sowie vermehrt über psychosoziale Probleme^{42,50,66,127,157,168,170,182,188} im Gegensatz zu den weniger intensiven Nutzern.

Neben den sozialen Aspekten scheinen auch kritische Lebensereignisse als prädiktive Faktoren auf die häufige Inanspruchnahme aufgrund psychischer Probleme zu wirken, dies gilt jedoch nicht für alle Diagnosegruppen und Versorgungsformen^{73,111,114,198}. Auch auf gesellschaftlicher Ebene zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Indikatoren für soziale Isolation (Anzahl Einpersonenhaushalte, ältere alleine Lebende sowie alleinstehende Menschen) und den psychiatrischen Hospitalisationsraten¹⁸⁵.

7 Indikatoren des Versorgungssystems

In Kürze: Versorgungsimmanente Faktoren können zu erheblichen regionalen Unterschieden in der Inanspruchnahme führen. Dabei spielen die Dichte, Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Angebote eine Rolle. Insbesondere scheint eine ausgebaute hausärztliche Versorgung die Inanspruchnahme somatischer Fachärzte zu reduzieren bei gleichzeitiger Erhöhung der Nutzung spezialisierter psychiatrischer Angebote – was angesichts der Unterversorgung psychisch Kranker zu begrüßen ist. Schliesslich haben auch die Qualität der Austritts- und Nachsorgeplanung bei Klinikhospitalisationen sowie die Verfügbarkeit integrierter und ausgebauter gemeindepsychiatrischer Strukturen einen erheblichen Effekt auf die Inanspruchnahme.

7.1 Grosse Unterschiede nach Versorgungssystem

Neben individuellen und gesellschaftlichen Merkmalen beeinflussen auch Charakteristika der Gesundheitsversorgung selbst das Ausmass, in dem nach Art und Häufigkeit medizinische Versorgungsangebote in Anspruch genommen werden.

So hat zum Beispiel eine finnische Untersuchung bei rund 25'000 Patienten über die Inanspruchnahme von psychiatrischen Kliniken in fünf Bezirken ergeben, dass sich die Inanspruchnahme von Klinik-Betten, die Gesamtzahl der stationären Patienten, die Rate der Patienten mit psychotischen und affektiven Störungen (bei gleicher epidemiologischer Situation) sowie die Rehospitalsationsraten je nach Bezirk deutlich unterscheidet. Die Autoren schliessen daraus, dass sich die Behandlungspraxis, die Aufenthaltsdauer sowie weitere Merkmale regional signifikant unterscheiden⁶⁰.

Dasselbe Resultat zeigte sich auch in einer vergleichenden Untersuchung der psychiatrischen Inanspruchnahme in Dänemark, Norwegen, Finnland und Schweden⁵⁷. Die Behandlungsarten unterscheiden sich je nach Land bis hin zu einer Verdoppelung, und generell waren die Unterschiede je nach untersuchtem Versorgungssystem sehr gross.

7.2 Dichte der Versorgungsangebote

Generell lässt sich feststellen, dass die Dichte der Versorgungsangebote einen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat. Je höher die Angebotsdichte, umso intensiver ist grundsätzlich die Inanspruchnahme^{16,29,65,106,229}. Es scheint, dass medizinische Versorgungsangebote auch wirklich in Anspruch genommen werden, so sie denn vorhanden sind. Dies entspricht angesichts der nach wie vor - auch in den am besten ausgebauten Versorgungssystemen - festzustellenden quantitativen Unterversorgung psychisch kranker Menschen der Erwartung, und ist per se unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgerechtigkeit positiv zu bewerten.

Allerdings entscheidet die Dichte der medizinischen Angebote nicht alleine und auch nicht zwingend über die Inanspruchnahme. In einer Untersuchung der Lebenszeit-Konsultationsraten von rund 9'000 Erwachsenen aus sechs europäischen Ländern zeigte sich zwar, dass die tiefsten Inanspruchnahmeraten in den Ländern mit der geringsten Verfügbarkeit von psychiatrischen Diensten zu finden sind. Es ist hingegen nicht zwingend, dass eine hohe Spezialistendichte im psychiatrischen Bereich mit hohen Inanspruchnahmeraten einhergeht: Belgien, Frankreich und Deutschland verfügen zwar über eine relativ hohe Zahl an Gesundheitsversorgern, bewegen sich jedoch hinsichtlich Inanspruchnahmeraten im mittleren Bereich. In den Niederlanden hingegen schlägt sich die hohe Spezialistendichte in einer hohen Inanspruchnahmerate nieder⁴⁷.

7.3 Erreichbarkeit

Mit dem Faktor "Dichte" verwandt ist auch die "Erreichbarkeit" medizinischer Versorgungsangebote, das heisst, die räumliche Distanz zum Angebot. Auch hier zeigt sich, dass geografisch besser erreichbare Versorgungsangebote üblicherweise mit höherer Nutzung verbunden sind^{108,173,210,230,231}. Es gibt allerdings auch Untersuchungen, die gefunden haben, dass es weniger die geografische Erreichbarkeit ist, sondern die Wartedauer bis zur Behandlung, die sich negativ auf die Inanspruchnahme auswirkt¹¹⁰. Schliesslich könnte die Reisezeit bis zum Angebot sich auch je nach Art des Angebotes unterschiedlich bedeutsam zeigen. So ist eine zunehmende Distanz mit einer geringen Inanspruchnahme psychiatrischer Spezialisten verbunden, nicht aber mit einer geringeren Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste¹⁰⁸.

7.4 Hausarztpraxen

In Bezug auf den Zugang zu psychiatrischer Behandlung spielt nicht nur die (wichtige) Verfügbarkeit von psychiatrischen Klinikbetten eine Rolle⁶⁵, sondern auch den Hausarztpraxen kommt eine besonders wichtige Rolle zu. Hausarztpraxen sind generell der wichtigste Zuweiser zu psychiatrischer Behandlung²⁰³, wobei in Regionen mit einer hohen Dichte von psychiatrischen Praxen zunehmend die privaten Psychiater die Hauptzuweiser zu stationärer psychiatrischer Behandlung darstellen.

Interessanterweise führt eine leichtere Zugänglichkeit zu hausärztlicher Behandlung zwar zu einem Rückgang der Inanspruchnahme spezialisierter somatischer Fachärzte sowie somatischer Spitäler, gleichzeitig aber auch zu einer erhöhten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer psychiatrischer Angebote^{68,108}. Dies kann durchaus auch als erhöhte Qualität des medizinischen Versorgungssystems gesehen werden - Vermeidung "unnötiger" und sowieso schon häufiger spezialisierter somatischer Behandlung bei gleichzeitiger Erhöhung der viel zu seltenen spezialisierten psychiatrischen Behandlung.

Generell führen Konsultationen beim Hausarzt mit geringerer Wahrscheinlichkeit zur Konsultation bei einem Spezialisten. Auf der anderen Seite führen Konsultationen beim Spezialisten zu aufwändigeren diagnostischen Prozeduren sowie Hospitalisationen etc.¹⁵⁹. Insgesamt scheint es bei psychisch kranken Menschen, dass der Kontakt mit irgendeiner Fachperson der Gesundheitsversorgung generell die Wahrscheinlichkeit erhöht, sich an eine weitere Fachperson zu wenden¹⁰⁵. Das Gesundheitsversorgungssystem scheint sich damit zum einen auch gegenseitig zu unterhalten. Zum anderen ist dies deshalb ein wichtiges Resultat, da durch diese Zuweisungen die Dauer der durchschnittlich 10jährigen Verzögerung zwischen psychischer Ersterkrankung und psychiatrischem Behandlungsbeginn reduziert wird.

7.5 Austrittsplanung und ambulante Strukturen

Weitere Einflüsse auf die spezifische Inanspruchnahme stationärer Angebote gehen zudem von der Art der Klinikbehandlung aus. In internistischen und chirurgischen Abteilungen lässt sich ein erheblicher Anteil aller Rehospitalisationen zurückführen auf suboptimale Behandlungen bei der Index-Hospitalisation, beispielsweise durch mangelhafte Behebung des hauptsächlichen Problems, eine unsichere Therapie sowie eine unzureichende Nachsorgebehandlung. Ein grosser Teil der Rehospitalisationen liesse sich vermeiden durch eine bessere Patienteninformation, eine bessere Einschätzung vor Austritt sowie durch eine nachsorgende Betreuung⁹⁴.

Dies gilt ebenso für psychiatrische Behandlungen: typisch für Rehospitalisationen ist unter anderem, dass Patienten ohne Nachsorgeplan aus der Klinik ausgetreten sind¹⁹⁹. In engem Zusammenhang mit diesem Resultat steht natürlich auch die Verfügbarkeit ausgebauter gemeindepsychiatrischer Strukturen, die sich überhaupt im Rahmen eines Nachsorgeplans in Anspruch nehmen lassen: neben der stationären Aufnahme- und Austrittspraxis sind solche Strukturen von Bedeutung, wenn man eine besonders häufige und teils unnötige Nutzung stationärer psychiatrischer Angebote vermeiden will. Schliesslich ist entscheidend, dass die verschiedenen (teil)stationären und ambulanten Versorgungskomponenten auch wirklich kooperieren^{66,102,185}. Von Bedeutung sind auch aufsuchende Angebote, welche zu einer Reduktion stationärer Aufenthalte führen können²³².

Die Problematik der oft nicht genügend vorhandenen gemeindepsychiatrischen Strukturen verweist auf einen Aspekt, der letztlich über das Versorgungssystem hinausgeht, nämlich die mangelnde soziale und berufliche Integration psychisch kranker Menschen. So nutzen beispielsweise die so genannten "Heavy User" die stationäre psychiatrische Versorgung als Kompensation für ihre schlechte gesellschaftliche Integration und die fehlende soziale Unterstützung. Soziale Probleme - soziale Isolation, fehlende Arbeitsangebote und Tagesstruktur und das Fehlen einer sinnvollen Aufgabe generell - sind verbunden mit einer erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote¹⁵⁷.

7.6 Hospitalisationen in der Vorgeschichte

Eine Reihe von Untersuchungen zeigt schliesslich mit grosser Übereinstimmung, dass das Vorhandensein psychiatrischer *Hospitalisationen in der Vorgeschichte* prädiktiv ist für eine erhöhte Rehospitalisationswahrscheinlichkeit, respektive eine raschere Rehospitalisation sowie generell für eine höhere Inanspruchnahme sowie höhere Kosten – auch wenn andere Einflussvariablen kontrolliert werden^{16,43,55,57,65,74,81,82,94,101,116,155,156,198-200,202,233}.

Obwohl bei derartigen Untersuchungen andere Einflussfaktoren kontrolliert wurden, so ist doch anzunehmen, dass der Indikator „frühere Hospitalisation“ nicht unabhängig von der Krankheitsschwere und Chronizität ist. So ist beispielsweise auch die längere Dauer der früheren Hospitalisationen prädiktiv für erhöhte künftige Inanspruchnahme, was damit zusammenhängen mag, dass es sich um Patienten handelt, die schon zu Beginn schwieriger zu behandeln waren - wegen verminderte Krankheitseinsicht sowie Noncompliance mit Medikation sowie psychotherapeutischer Behandlung⁶⁵. Zudem sind wiederholte Klinikeintritte nicht grundsätzlich etwas Negatives.

Dennoch scheint dieser Indikator aus verschiedenen Gründen wesentlich. Er verdeutlicht erstens nochmals, dass bei psychiatrischen Hospitalisationen der Austrittsplanung ein besonderes Gewicht zukommt, wenn man den weiteren Verlauf positiv beeinflussen will.

Zweitens weisen einige Autoren auch auf den Umstand hin, dass Patienten einen individuellen Hilfe-suche-Rhythmus haben, welcher durch ihre früheren Erfahrungen mit der psychiatrischen Versorgung beeinflusst wird²³³. Wer mit einem bestimmten Versorgungsangebot schon Erfahrungen gemacht hat, nimmt dieses auch eher wieder in Anspruch. Es ist in diesem Sinne nicht nur die Symptomatik alleine, die zum erneuten Klinikeintritt führt¹⁹⁸.

8 Fazit

Die Literaturanalyse vermittelt ein komplexes und dynamisches Bild der Zusammenhänge verschiedenster Einflussfaktoren mit der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten durch psychisch kranke Menschen. Neben epidemiologischen Gegebenheiten zeigen eine Reihe von soziodemografischen Merkmalen (weibliches Geschlecht, alleinstehend, arbeitslos, geringe soziale Unterstützung u.a.), regionalen Charakteristika (Urbanität, Arbeitslosenquote, Ärztedichte, Anteil älterer Einwohner u.a.), krankheitsbezogenen Faktoren (Schweregrad, Chronizität, Behinderungsfolgen, schlechter subjektiver Gesundheitszustand u.a.) sowie systembezogenen Indikatoren (Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten, Qualität der Nachsorge bei Klinikaustritten, Vorhandensein integrierter gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen u.a.) über unterschiedliche Studien hinweg relativ übereinstimmende Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme.

Die Bedeutung sozialer Faktoren (wie Arbeitslosigkeit und soziale Isolation) sowie systemimmanenter Merkmale (wie die Qualität der Austrittsplanung und das Vorhandensein ausgebauter und integrierter gemeindepsychiatrischer Strukturen) weisen zudem darauf hin, dass das Gesundheitssystem Aspekte der sozialen und beruflichen Integration der Patientinnen und Patienten prioritär fokussieren sollte. Damit zeigt sich auch, dass die Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung nicht allein durch die Merkmale der betreffenden Personen und ihrer Erkrankungen determiniert ist, sondern ebenso durch sozialstrukturelle und regionale Charakteristika sowie durch Merkmale des medizinischen Versorgungssystems selbst.

Vereinfacht lässt sich feststellen, dass psychisch erkrankte Menschen in erster Linie dann ein intensiveres Inanspruchnahmemuster zeigen, wenn weitere Probleme hinzukommen. Dies können weitere Krankheiten und bleibende Krankheitsfolgen sein, soziale, berufliche und finanzielle Probleme, eine deprivierte Wohnumgebung oder Lücken sowie Mängel im medizinischen Versorgungssystem.

Dabei ist bei vielen Einflussfaktoren zu differenzieren nach Art des in Anspruch genommenen Angebotes: Personen mit höherer Bildung begeben sich eher in spezialisierte Behandlung, Personen mit tieferer Bildung eher in allgemeinmedizinische sowie Notfallbehandlungen. Weiterhin beeinflussen Geschlecht, Alter, Herkunft, Erkrankung und andere Faktoren die Art der Inanspruchnahme.

Einer der Gründe für die Planung der vorliegenden Untersuchung bestand ursprünglich darin, eine Faktenbasis zu schaffen im Hinblick auf eine allfällige künftige Ausarbeitung einer Indikatorenliste, anhand derer sich auch die beträchtlichen regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme besser interpretieren lassen würden.

Insgesamt zeigen sich in der Literaturanalyse allerdings derart komplexe Interdependenzen der Einflussfaktoren sowie eine teils inkonsistente Datenlage, dass sie es zum heutigen Zeitpunkt schwierig erscheinen lassen, ein vereinfachtes einstufiges Bedarfsmodell einer Versorgungspopulation nur aufgrund von Randbedingungen der Bevölkerung selbst zu erstellen. Zudem lassen die vorliegenden Ergebnisse vermuten, dass sich nur ein - wenn auch wichtiger - Teil der Einflussfaktoren überhaupt direkt durch versorgungssteuernde Massnahmen beeinflussen lässt.

Es gibt zwar empirische Hinweise darauf, dass eine integriertere und besser koordinierte psychiatrische Versorgung, die mit ihren Massnahmen den ganzheitlichen Lebens- und Krankheitsverlauf der Patienten im Fokus hat - und nicht nur den zeitlichen Moment und den situativen Anlass ihrer eigenen Behandlung-, bessere und Ressourcen schonendere Resultate erzielt. Die analysierte Literatur zeigt jedoch auch, dass es sich beim krankheits- und behinderungsbedingten Bedarf nach Behandlung um den zentralen Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme handelt und dass schliesslich eine Reihe von soziodemografischen respektive sozialstrukturellen Faktoren von Bedeutung sind.

Das heisst, das psychiatrische Versorgungssystem besitzt angesichts der heutigen Klientel ein relevantes Potential zur Steigerung der Wirksamkeit und Effizienz, sollte jedoch angesichts des bei diversen Krankheitsbildern ungenügend gedeckten Behandlungsbedarfes weiter ausgebaut werden.

9 Literatur

1. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;420:21-7.
2. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey *British Journal of Psychiatry* 2001;178:145-153.
3. Jacobi F, Wittchen H-U, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 2004;34:597-611.
4. Kessler R, Chiu W, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Archives of General Psychiatry* 2005;62(6):617-627.
5. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;68(Suppl 2):36-41s.
6. Wittchen H, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2005;15(4):357-76.
7. Kessler et al WMHSC. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys *JAMA* 2004;291(21):2581-2590.
8. Paris J. Outcome and epidemiological research on personality disorders: implications for classification. *J Personality Disorders* 2005;19(5):557-562.
9. Höpflinger F, Hugentobler V. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. *Demographie und Inanspruchnahme*: Schweiz. Gesundheitsobservatorium (Obsan) Bern, 2003.
10. Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud, Büla, Pellegrini, Jaccard R. Chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. Epidemiologische und ökonomische Daten aus der Literatur Schweiz. *Gesundheitsobservatorium (Obsan)* 2007.
11. Richter D, Berger K, Reker T. Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis* 2008;35(7):321-330.
12. Spiessl H, Jacobi F. Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatr Prax* 2008;35:318-320.
13. Baer N, Cahn T. Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem. *Managed Care* 2003;4:34-38.
14. Aoun S, Pennebaker D, Wood C. Assessing population need for mental health care: a review of approaches and predictors. *Mental Health Services Research* 2004;6(1):33-46.
15. Calver J, Brameld K, Preen D, Alexia S, Boldy D, McCaul K. High-cost users of hospital beds in Western Australia: a population-based record linkage study. *Med J Australia* 2006;184(8):393-397.
16. Guggisberg J, Spycher S. Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. *Forschungsprotokoll des Obsan*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2005.
17. ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, Ormel J. Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine* 2002;32(2):311-323.
18. Vasiliadis H-M, Lesage A, Adair C, Boyer R. Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Can J Psychiatry* 2005;50:614-619.
19. Virgo K, Risk N, Spitznagel E, Price R. Impact of behavioral health problems on access to care and health services utilization *Atlantic Economic Journal* 2004;32(2):113-129.
20. Koopmans G, Donker M, Rutten F. Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:341-350.

21. Hansen M, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M. Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical inpatients. *Psychosomatic Medicine* 2002;64:668-675.
22. Koenig H, Kuchibhatla M. Use of health services by hospitalized medically ill depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1998;155:871-877.
23. Levinson C, Druss B. Health beliefs and depression in a group of elderly high utilizers of medical services. *General Hospital Psychiatry* 2005;27:97-99.
24. Savageau J, McLoughlin M, Ursan A, Bai Y, Collins M, Cashman S. Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med* 2006;19:265-275.
25. Schmitz N, Kruse J. The relationship between mental disorders and medical service utilization in a representative community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:380-386.
26. Pearson S, Katzelnick D, Simon G, Manning W, Helstad C, Henk H. Depression among high utilizers of medical care. *J Gen Intern Med* 1999;14:461-468.
27. Frick U, Frick H. Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie "Heavy User" - Literaturanalyse. In: Obsan, editor. *Forschungsprotokolle des Obsan*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2008:137.
28. Vedsted P, Christensen M. Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 2005;119:118-137.
29. Bahrs O. Mein Hausarzt hat Zeit für mich - Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *GGW* 2003;3(1):17-23.
30. Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Family Practice* 2006;23:444-452.
31. Hildebrandt D, Westfall J, Nicholas R, Smith P, Stern J. Are frequent callers to family physicians high utilizers? *Ann Fam Med* 2004;2:546-548.
32. Koopmans G, Lamers L. Comparing patients with depressive complaints and patients with chronic medical conditions on their functioning and medical consumption. *J Ment Health Policy Econ* 2001;4:91-100.
33. Lefevre F, Reifler D, Lee P, Sbenghe M, Nwadiaro N, Verma S, et al. Screening for undetected mental disorders in high utilizers of primary care services. *Journal of General Internal Medicine* 1999;14:425-431.
34. Barsky A, Orav E, Bates D. Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care* 2006;44:803-811.
35. Fritze J, Sass H, Schmauss M. Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. 2001.
36. Levinson D, Karger C, Haklai Z. Chronic physical conditions and use of health services among persons with mental disorders - results from the Israel National Health Survey. *General Hospital Psychiatry* 2008;30:226-232.
37. Barsky A, Orav E, Bates D. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-910.
38. Byrne M, Murphy A, Plunkett P, McGee H, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: A study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003;41:309-318.
39. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001;37:561-567.
40. Locker T, Baston S, Mason S, Nicholl J. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J* 2007;24:398-401.
41. Blank F, Li H, Henneman P, Smithline H, Santoro J, Provost D, et al. A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average use. *J Emerg Nurs* 2005;31(2):139-144.

42. Arfken C, Zeman L, Yeager L, Mischel E, Amirsadri A. Frequent visitors to psychiatric emergency services: staff attitudes and temporal patterns. *J of Behavioral Health Services & Research* 2002;29(4):490-496.
43. Kapur K, Young A, Murata D. Risk adjustment for high utilizers of public mental health care. *J Mental Health Policy Econ* 2000;3(129-137).
44. Kluge H, Kulke C, Waldmann A, Werge-Reichenberger A, Steffens A, Kallert T, et al. High utilizer in Sozialpsychiatrischen Diensten. *Psychiat Prax* 2002;29:374-380.
45. Elhai J, Ford J. Correlates of mental health service use intensity in the national comorbidity survey and national comorbidity survey replication. *Psychiatric Services* 2007;58:1108-1115.
46. Katz S, RC K, Frank R, Leaf P, Lin E, Edlund M. The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario. The impact of mental morbidity and perceived need for care. *American Journal of Public Health* 1997.
47. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha T, Angermeyer M, Haro J, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six european countries *Psychiatric Services* 2007;58:213-220.
48. McWilliams L, Cox B, Enns M, Clara I. Personality correlates of outpatient mental health service utilization. Findings from the U.S. national comorbidity survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:357-363.
49. Parslow R, Jorm A. Who uses mental health services in Australia? An analysis of data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australien and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34(6):997-1008.
50. Kent S, Yellowlees P. The relationship between social factors and frequent use of psychiatric services. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 1995;29:403-408.
51. Ruggeri M, Leese M, Slade M, Bonizzato P, Fontecedro L, Michele T. Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004;39(1):60-68.
52. O'Brien A, Fahmy R, Singh S. Disengagement from mental health services A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009;44(7):558-568.
53. Rickwood D, Deane F, Wilson C. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust* 2007;187:S35-S39.
54. Andreas S. Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes „Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D“ zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems. Hamburg, 2005.
55. Casper E, Pastva G. Admission histories, patterns, and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly* 1990;61(2):121-134.
56. Geller J, Fisher W, McDermeit M, Brown J. The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services. *Psychiatric Services* 2000;49:327-332.
57. Hansson L, Christiansen L, Sandlund M, Göstas G, Zandren T, Lindhardt A, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. Part V. Contact rates, contact patterns and care level at index contact. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997;32(1):3-4.
58. Hübner-Liebermann H, Spießl H, Cording C. Wer kommt woher, wer geht wohin? Behandlungswege stationär-psychiatrischer Patienten. *Der Nervenarzt* 2005;76(7):856-864.
59. Junghan U, Brenner H. Heavy use of acute in-patient psychiatric services: the challenge to translate a utilization pattern into service provision. *Acta Psychiatr Scand* 2006;429:24-32.
60. Korkeila J, Lehtinen T, Tuori T, Helenius H. Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33(11):528-534.
61. Krautgarnter M, Scherer M, Katschnig H. Psychiatrische Krankenhaustage: Wer konsumiert die meisten? Eine Record-Linkage Studie über fünf Jahre in einem österreichischen Bundesland. *Psychiat Prax* 2002;29:355-363.

62. Kuhl H-C, Herdt J. Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz - eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. *Arbeitsdokumente des Obsan*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2007.
63. Lay B, Lauber C, Rössler W. Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Eur Psychiatry* 2006a;21(6):401-409.
64. Nielsen L, Petersen L, Werdelin G, Hou B, Linhardt A. The heavy users of a psychiatric hospital. A description of patient characteristics, admission patterns, and need for care. *Nord J Psychiatry* 2000;54:311-317.
65. Roick C, Gärtner A, Heider D, Angermeyer M. Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiatr Prax* 2002;29:334-342.
66. Roick C, Heider D, Kilian R, Angermeyer M. Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von Krankenkassendaten aus der Stadt Leipzig. *Psychiatr Prax* 2002;29:343-349.
67. Lay B, Nordt C, Rössler W. Trends in psychiatric hospitalisation of people with schizophrenia: A register-based investigation over the last three decades. *Schizophr Res* 2007;doi: 10.1016/j.schres.2007.07.006.
68. Fortney J, Steffick D, Burgess F, Matt L, Maciejewski, Petersen L. Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services? *Health Services Research* 2005;40(5p1):1422-1442.
69. Lewis T, Joyce P. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82(2):130-135.
70. Rabinowitz J, Mark M, Popper M, Slyuzberg M, Munitz H. Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30(2):65-72.
71. Fisher S, Stevens R. Subgroups of frequent users of an inpatient mental health program at a community hospital in Canada. *Psychiatric Services* 1999;50:244-247.
72. Kastrup M. Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(1):80-88.
73. Comtois K, Russo J, Snowden M, Srebnik D, Ries R, Roy-Byrne P. Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 2003;54:1149-1154.
74. Thompson E, Neighbors H, Munday C, Trierweiler S. Length of stay, referral to aftercare, and re-hospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 2003;54:1271-1276.
75. Kales H, Blow F, Copeland L, Bingham R, Kammerer E, Mellow A. Health care utilization by older patients with coexisting dementia and depression. *Am J Psychiatry* 1999;156:550-556.
76. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry* 2005;27:269-274.
77. Bürgy R, Häfner-Ranabauer W. Utilization of the psychiatric emergency service in Mannheim: ecological and distance-related aspects *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33(11):558-567.
78. Dhossche D, Ghani S. A study on recidivism in the psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry* 1998;10(2):59-67.
79. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2005;56:678-684.
80. Segal S, Akutsu P, Watson M. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatric Services* 1998;49:1212-1217.
81. Spooren D, De Bacquer D, van Heeringen K, Jannes C. Repeated psychiatric referrals to Belgian emergency departments: a survival analysis of the time interval between first and second episodes. *Eur J Emerg Med* 1997;4(2):61-67.
82. Schnyder U, Valach L, Heim E. Coping and the decision to hospitalize in emergency psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 1995;17:362-370.
83. Alonso J, Lépine J. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;68 Suppl 2;3-9.

84. Sutton M. Vertical and horizontal aspects of socio-economic inequity in general practitioner contacts in Scotland. *Health Economics* 2002;11(6):537-549.
85. Buckley P. Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *J Clin Psychiatry* 2006;67(suppl 7):5-9.
86. Narrow W, Regier D, Norquist G, Rae D, Kennedy C, Arons B. Mental health service use by Americans with severe mental illnesses *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000;35(4):147-155.
87. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. Prevalence of common mental disorders in Italy. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006;41(11):853-861.
88. Kessler R. The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;68(Suppl 2):10-19.
89. Frei A, Rehm J. Komorbidität: Psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. *Psychiatrische Praxis* 2002;29:251-257.
90. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom* 2007;76:354-360.
91. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Phillips M, Rahman A. No health without mental health. *The Lancet* 2007;370(9590):859-877.
92. Iacovides A, Siamouli M. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:417-421.
93. Atella V, Brindisi F, Deb P, Rosati F. Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. *Health Economics* 2004;13(7):657-668.
94. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. *Arch Intern Med* 2000;160:1074-1081.
95. McAlpine D, Mechanic D. Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Services Research* 2000;35:277-292.
96. Mora P, Robitaille C, Leventhal H, Swigar M, Leventhal E. Trait negative affect relates to prior-week symptoms, but not to reports of illness episodes, illness symptoms, and care seeking among older persons. *Psychosomatic Medicine* 2002;64:436-449.
97. Parkerson G, Bell H, Albright J, Krause K. A telephone needs assessment for potential high utilizers. *Family Medicine* 2001;33(6):466-72.
98. Parthasarathy S, Weisner C. Five-year trajectories of health care utilization and cost in a drug and alcohol treatment sample. *Drug and Alcohol Dependence* 2005;80:231-240.
99. Pezzimenti M, Haro J, Ochoa S, Gonzales J, Almenara J, Alonso J, et al. Assessment of service use patterns in out-patients with schizophrenia: a Spanish study. *Acta Psychiatr Scand* 2006;432:12-18.
100. Ray G, Weisner C, Mertens J. Relationship between use of psychiatric services and five-year alcohol and drug treatment outcomes. *Psychiatric Services* 2005;56:164-171.
101. Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M, Angermeyer M. Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:744-751.
102. Schneider J, Wooff D, Carpenter J, Brandon T, McNiven F. Service organisation, service use and costs of community mental health care. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2002;5(2):79-87.
103. Steel Z, McDonald R, Silove D, Bauman A, Sandford P, Herron J, et al. Pathways to the first contact with specialist mental health care. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(4):347-54.
104. Uebelacker L, Wang P, Berglund P, Kessler R. Clinical differences among patients treated for mental health problems in general medical and specialty mental health settings in the National Comorbidity Survey Replication. *General Hospital Psychiatry* 2006;28(5):387-395.

105. Wang P, Berglund P, Olfson M, Kessler R. Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Services Research* 2004;39(2):393-416.
106. Bago d'Uva T. Latent class models for use of primary care: evidence from a British panel. *Health Economics* 2005;14:873-892.
107. Green C, Pope C. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Soc Sci Med* 1999;48:1363-1372.
108. Iversen T, Kopperud G. Regulation versus practice - the impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. *Health Economics* 2005;14:1231 - 1238.
109. Jiménez-Martin S, Labeaga J, Martinez-Granado M. Latent class versus two-part models in the demand for physician services across the European Union. *Health Economics* 2002;11:301-321.
110. Lourenco O, Ferreira P. Utilization of public health centres in Portugal: effect of time costs and other determinants. Finite mixture models applied to truncated samples. *Health Economics* 2005;14(9):939-953.
111. Bergh H, Baigi A, Fridlund B, Marklund B. Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health* 2006;120:229-236.
112. Iversen T, Kopperud G. The Impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. *Health Care Management Science* 2003;6(4):249-261.
113. Stamm K, Salize H-J, Härter M, Brand S, Sitta P, Berger M, et al. Ressourcenverbrauch stationärer Episoden bei depressiven Störungen. *Nervenarzt* 2007;78:665-671.
114. Bergh H, Baigi A, Mansson J, Mattsson B, Marklund B. Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in primary health care over 5 years. *Public Health* 2007;121:25-33.
115. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez M, Basurte-Villamor I, Quintero-Guiterrez F, Sevilla-Vicente J, Martinez-Vigo M, et al. Patterns of mental health service utilization in a general hospital and outpatient mental health facilities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;22(8):117-123.
116. Bonizzato P, Bisoffi G, Amadeo F, Chisholm D, Tansella M. Community-based mental health care: to what extent are service costs associated with clinical, social and service history variables? *Psychological Medicine* 2000;30:1205-1215.
117. Harkness J, Newman S, Salkever D. The cost-effectiveness of independent housing for the chronically mentally ill: do housing and neighborhood features matter? *Health Services Research* 2004;39(5):1341-1360.
118. Hiller W, Fichter M. High utilizers of medical care. A crucial subgroup among somatizing patients. *J Psychosom Research* 2004;56:437-443.
119. Rüesch P, Meyer P, Hell D. Wer wird psychiatrisch rehospitalisiert? Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich (Schweiz). *Gesundheitswesen* 2000;62:166-171.
120. Taube C, Goldman H, Burns B, Kessler L. High users of outpatient mental health services, I: definitions and characteristics. *Am J Psychiatry* 1988;145(1):19-24.
121. ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, de Graf R. Predictors of incident care service utilisation for mental health problems in the Dutch general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001;36(3):141-149.
122. von Korff M, Lin E, Fenton J, Saunders K. Frequency and priority of pain patients' health care use. *Clin J Pain* 2007;23(5):400-408.
123. Carney T, Guy S, Jeffrey G. Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-year follow-up study. *British J of General Practice* 2001;51:567-569.
124. Lay B, Lauber C, Stohler R, Rössler W. Utilisation of inpatient psychiatric services by people with illicit substance abuse in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2006b;136:338-345.
125. Mechanic D. Removing barriers to care among persons with psychiatric symptoms. *Health Affairs* 2002.
126. Mustard C, Derksen S, Tataryn D. Intensive use of mental health care. *Can J Psychiatry* 1996;41(3):93-101.

127. Vedsted P, Olesen F. Social environment and frequent attendance in Danish general practice. *British J of General Practice* 2005;55:510-515.
128. Shen C, Sambamoorthi U, Rust G. Co-occurring mental illness and health care utilization and expenditures in adults with obesity and chronic physical illness. *Disease Management* 2008;11(3):153-160.
129. Green C, Polen M, Perrin N, Leo M, Lynch F, Rush D. Gender-based Structural Models of Health Care Costs: Alcohol Use, Physical Health, Mental Health, and Functioning. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2004;7:107-125.
130. Hamer M, Stamatakis E, Steptoe A. Psychiatric Hospital Admissions, Behavioral Risk Factors, and All-Cause Mortality. *Archives of Internal Medicine* 2008;168(22):2474-2479.
131. Egan K, Beaton R. Response to symptoms in healthy, low utilizers of the health care system. *J Psychosom Research* 1987;31(1):11-21.
132. Rief W, Nanke A, Emmerich J, Bender A, Zech T. Causal illness attributions in somatoform disorders: associations with comorbidity and illness behavior. *J Psychosom Research* 2004;57(4):367-371.
133. Wrigley S, Jackson H, Judd F, Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 2005;39(6):514-521.
134. Judd F, Jackson H, Komiti A, Murray G, Fraser C, Grieve A, et al. Help-seeking by rural residents for mental health problems: the importance of agrarian values. *Austr New Zealand J Psychiatry* 2006;40:769-776.
135. Sareen J, Jagdeo A, Cox B, Clara I, Ten Have M, Belik S, et al. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services* 2007;58:357-364.
136. Vogel D, Wade N, Wester S, Larson L, Hackler A. Seeking help from a mental health professional: the influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology* 2007;63:233-245.
137. Elhai J, Grubaugh A, Richardson J, Egede L, Creamer M. Outpatient medical and mental health-care utilization models among military veterans: Results from the 2001 National Survey of Veterans. *Journal of Psychiatric Research* 2008;42:858-867.
138. Schaefer B, Koeter M, Wouters L, Emmelkamp P, Schene A. What patient characteristics make clinicians recommend brief treatment? *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:188-196.
139. Fone D, Lloyd K, Dunstan F. Measuring the neighbourhood using UK benefits data: a multilevel analysis of mental health status. *BMC Public Health* 2007;7:69.
140. Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems* 2007;1(4).
141. Propper C, Jones K, Bolster A, Burgess S, Johnston R, Sarker R. Local neighbourhood and mental health: evidence from the UK. *IDEAS* 2004.
142. Galea S, Ahern J, Nandi A, Tracy M, Beard J, Vlahov D. Urban neighborhood poverty and the incidence of depression in a population-based cohort study. *Annals of Epidemiology* 2007;17(3):171-179.
143. Alexandre P, Fede J, Mullings M. Gender differences in the labor market effects of serious mental illness. In: Marcotte D, Wilcox-Gok V, editors. *The economics of gender and mental illness*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited 2004.
144. Silver E, Mulvey E, Swanson J. Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited. *Social Science & Medicine* 2002;55(8):1457-70.
145. Rössler W, Salize H, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2005;15(4):399-409.
146. Essau C. Course and outcome of somatoform disorders in non-referred adolescents. *Psychosomatics* 2007;48:502-509.
147. Hauck K, Rice N. A longitudinal analysis of mental health mobility in Britain. *Health Economics* 2004;13(10):981-1001.

148. Jones J, Amaddeo F, Barbui C, Tansella M. Predicting costs of mental health care: a critical literature review. *Psychological Medicine* 2007;37:467-477.
149. Newbold K, Eyles J, Birch S. Equity in health care: methodological contributions to the analysis of hospital utilization within Canada. *Soc Sci Med* 1995;40(9):1181-1192.
150. Hanlon P, Walsh D, Whyte B, Scott S, Lightbody P, Gilhooly M. Hospital use by an ageing cohort: an investigation into the association between biological, behavioural and social risk markers and subsequent hospital utilization. *J Public Health Medicine* 1998;20(4):467-476.
151. Bisig B, Wietlisbach V, Gmel G, Huwiler K, Dehler S, Taskin A, et al. Sozio-demographische, kulturelle und regionale Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen: erste Resultate. *Determinanten der Inanspruchnahme, NF45* 2003.
152. Sundquist K, Ahlen H. Neighbourhood income and mental health: a multilevel follow-up study of psychiatric hospital admissions among 4.5 million women and men. *Health & Place* 2006;12(4):594-602.
153. Rockett I, Putnam S, Jia H, Chang C, Smith G. Unmet substance abuse treatment need, health services utilization, and cost: a population-based emergency department study. *Ann Emerg Med* 2005;45(118-127).
154. Koopmans G, Lamers L. Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med* 2007;64:1216-1230.
155. Perlick D, Rosenheck R, Clarkin J, Sireay J, Raue P. Symptoms predicting inpatient service use among patients with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services* 1999;50:806-812.
156. Roick C, Heider D, Angermeyer M. Entwicklung eines Screening-Instruments zur Identifikation von Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. *Fortschr Neurol Psychiat* 2003;71:378-386.
157. Roick C, Heider D, Stengler-Wenzke K, Angermeyer M. Analyse starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. *Psychiat Prax* 2004;31:241-249.
158. Ford J, Trestman L, Steinberg K, Tennen H, Allen S. Prospective association of anxiety, depressive, and addictive disorders with high utilization of primary, specialty and emergency medical care. *Social Science & Medicine* 2004;58:2145-2148.
159. Ellencweig A, Pagliccia N. Utilization patterns of cohorts of elderly clients: a structural equation model. *Health Services Research* 1994;29(2):225-245.
160. Sturny I, Cerboni S, Christen S, Meyer P. *Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004.
161. Smith R, Gardner J, Armatti S, Johnson M, Lyles J, Given C, et al. Screening for high utilizing somatizing patents using a prediction rule derived from the management information system of an HMO. A preliminary study. *Med Care* 2001;39(9):968-978.
162. Kessler R. Gender differences in mental disorders in the U.S. national comorbidity survey *Research in Human Capital and Development* 2004;15.
163. Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lähteenkorva S. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science & Medicine* 2006;63(5):1383-99.
164. Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15:399-409.
165. Zimmerman F, Katon W. Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health Economics* 2005;14(12):1197-215.
166. Fone D, Dunstan F. Mental health, places and people: a multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health & Place* 2006;3:332-44.
167. Fone D, Dunstan F, Williams G, Lloyd K, Palmer S. Places, people and mental health: a multilevel analysis of economic inactivity. *Social Science & Medicine* 2007;63(3):633-45.
168. Andrén K, Rosenquist U. Heavy users of an emergency department - a two year follow-up study. *Soc Sci Med* 1987;25(7):825-831.

169. Ladwig K-H, Marten-Mittag, Formanek B, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiology* 2000;16:511-518.
170. Lucas B, Harrison-Read P, Tyrer P, Ray J, Shipley K, Hickman M, et al. Costs and characteristics of heavy inpatient service users in outer London. *Int J Social Psychiatry* 2001;47(1):63-74.
171. Wang P, Lane M, Olsson M, Pincus H, Wells K, Kessler R. Twelve-month use of mental health services in the United States. Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:629-640.
172. Elhai J, Grubaugh A, Richardson J, Egede L, Creamer M. Outpatient medical and mental health-care utilization models among military veterans: Results from the 2001 National Survey of Veterans *Journal of Psychiatric Research* 2007;42(10):858-867.
173. Hansson L. Inequality and inequity in use of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:161-162.
174. Chapireau F. Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie: résultats d'une enquête nationale sur un échantillon représentatif (1998-2000). *L'Encéphale* 2005;31:466-476.
175. Christen L, Christen S. Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz. Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000-2002. In: Gesundheitsobservatorium S, editor. *Arbeitsdokumente*. Neuchâtel: OBSAN, 2005.
176. Woo B, Golshan S, Allen E, Daly J, Jeste D, Sewell D. Factors associated with frequent admissions to an acute geriatric psychiatric inpatient unit. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2006;19:226-230.
177. Usall J, Ochoa S, Araya S, Marquez M, group N. Gender differences and outcome in schizophrenia: a 2-year follow-up study in a large community sample *European Psychiatry* 2003;18(6):282-284.
178. Payne F. Utilization of out-of-hours services by patients with mental health problems. *J Public Health Medicine* 2000;22(3):302-306.
179. Marcotte D, Wilcox-Gok V, editors. *The role of gender in a company-wide effort to expand and destigmatize mental health treatment*, 2004.
180. Andrén K, Rosenquist U. Heavy users of an emergency department: psycho-social and medical characteristics, other health care contacts and the effect of a hospital social worker intervention. *Soc Sci Med* 1985;21(7):761-770.
181. Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older Australians. *Social Science & Medicine* 2004;59(10):2121-9.
182. Vedsted P, Fink P, Sorensen H, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A populations-based cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2004;59:813-823.
183. Jonsson D, Ferraz-Nunes J, Rahmqvist M. Socio-economic evaluation of mental health as a basis for financing health care in Sweden *International Advances in Economic Research* 2002;8(2):107-118.
184. van Doorslaer E, Koolman X, Jones A. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics* 2004;13(7):629-647.
185. Jarman B, Hirsch S, Withe P, Driscoll R. Predicting psychiatric admission rates. *British Medical Journal* 1992;2(304):1146-1151.
186. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med* 2001;53:1149-1162.
187. Freyberger H, Ulrich I, Barnow S, Steinhart I. Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen - eine Untersuchung zur "Systemsprengerproblematik" in Mecklenburg-Vorpommern. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008;76:106-113.
188. Richter D, Venzke A, Settlemayer J, Reker T. Häufige Wiederaufnahmen suchtkranker Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung - "Heavy User" oder chronisch Kranke? *Psychiatr Prax* 2002;29(7):364-368.

189. Rüesch P. Gute Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung in der Schweiz? Wer nutzt was, wie und wo? 2005.
190. Hudson C. Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *Am J Orthopsychiatry* 2005;75(1):3-18.
191. Weich S, Twigg L, Holt G, Lewis G, Jones K. Contextual risk factors for the common mental disorders in Britain: a multilevel investigation of the effects of place. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:616-621.
192. Alegria M, Bijl RV, Lin E, Walters EE, Kessler RC. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders *Archives of General Psychiatry* 2000;57(4):383-391.
193. van Doorslaer E, Jones A. Income-related inequality in health and health care in the European Union. *Health Economics* 2004;13(7):605-608.
194. Eibner C, Sturm R, Gresenz C. Does relative deprivation predict the need for mental health services? *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2004;4:167-75s.
195. Gresenz C, Sturm R, Tang L. Income and mental health: unraveling community and individual level relationships. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2001;4(4):197-203.
196. Westergaard-Nielsen N, Agerbo E, Eriksson T, Mortensen P. Mental illness and the labour market outcomes: employment and earnings. In: Marcotte D, Wilcox-Gok V, editors. *Economics of gender and mental illness*: Elsevier Science, 2004.
197. Forsell Y. The Pathway to meeting need for mental health services in Sweden *Psychiatric Services* 2006;57:114-119.
198. Moran P, Doerfler L, Scherz J, Lish J. Rehospitalization of psychiatric patients in a managed care environment. *Mental Health Services Research* 2000;2(4):191-199.
199. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 2004;55:685-690.
200. Bobo W, Hoge C, Messina M, Pavlovic F, Levandowski D, Grieger T. Characteristics of repeat users of an inpatient psychiatry service at a large military tertiary care hospital. *Mil Med* 2004;169(8):648-653.
201. Arfken C, Zeman L, Yeager L, White A, Mischel E, Amirsadri A. Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. *Psychiatric Services* 2004;55:295-301.
202. Dielentheis T, Priebe S. Patientenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell. Eine Analyse über 23 Jahre. *Psychiatr Prax* 2002;29:186-193.
203. Amaddeo F, Zambello F, Tansella M, Thornicroft G. Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:500-507.
204. ten Have M, Oldehinkel A, Vollebergh W, Ormel J. Does educational background explain inequalities in care service use for mental health problems in the Dutch general population? *Acta Psychiatr Scand* 2003;107(3):178-187.
205. ten Have M, te Grotenhuis M, Meertens V, Scheepers P, Beekman A, Vollebergh W. Upward trends in the use of community mental health and social work services in the Netherlands between 1979 and 1995: are particular sociodemographic groups responsible? *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:447-454.
206. Veugelers P, Yip A. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57(6):424-428.
207. Eckert J, Rommel A, Weilandt C. Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2006.
208. Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32(4):592-598.
209. Frick U, Lengler R, Neuenschwander M, Rehm J, Salis Gross C. Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen im Kanton Zürich 1995-2002. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2006.

210. Allard S, Tolman R, Rosen D. Proximity to service providers and service utilization among welfare recipients: The interaction of place and race. *Journal of Policy Analysis and Management* 2003;22(4):599-613.
211. Barnett S, Roderick P, D M, Diamond I. A multilevel analysis of the effects of rurality and social deprivation on premature limiting long term illness. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;55(1):44-51.
212. Chaix B, Leyland A, Sabel C, Chauvin P, Raystam L, Kristersson H, et al. Spatial clustering of mental disorders and associated characteristics of the neighbourhood context in Malmö, Sweden, in 2001. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001;60(5):427-35.
213. Croudace T, Kayne R, PB J, Harrison G. Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychological Medicine* 2000;30(1):177-185.
214. Galea S, Ahern J, Rudenstine S, Wallace Z, Vlahov D. Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:822-827.
215. Jordan H, Roderick P, D M, Barnett S. Distance, rurality and the need for care: access to health services in South West England. *International Journal of Health Geographics* 2004;3(21).
216. Skapinakis P, Lewis G, Araya R, Jones K, Williams G. Mental health inequalities in Wales, UK: multi-level investigation of the effect of area deprivation. *British Journal of Psychiatry* 2005;186:417-22.
217. Muntaner C, Li Y, Xue X, Thompson T, O'Campo P, Chung H, et al. County level socioeconomic position, work organization and depression disorder: a repeated measures cross-classified multilevel analysis of low-income nursing home workers. *Health & Place* 2006;12(4):688-700.
218. Araya R, Dunstan F, Playle R, H T, S P, Lewis G. Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science & Medicine* 2006;62:3072-83.
219. Fone D, Dunstan F, Lloyd K, Williams G, Watkins J, Palmer S. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology* 2007;36(2):345-7.
220. Ahr P, Gorodezky M, Cho W. Measuring the relationship of public psychiatric admissions to rising unemployment. *Hospital & Community Psychiatry* 1981;32(6):398-401.
221. Campbell DA, Radford M, Burton P. Unemployment rates: an alternative to the Jarman index? *British Medical Journal* 1991.
222. Kammerling R, O'Connor S. Unemployment rate as predictor of rate of psychiatric admission. *British Medical Journal* 1993;307:1536-1539.
223. Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain. An investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:149-159.
224. Gilthorpe M, Wilson R. Rural/urban differences in the association between deprivation and healthcare utilisation *Social Science & Medicine* 2003;57(11):2955-2063.
225. Roick C, Gärtner A, Heider D, Dietrich S, Angermeyer M. Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *Int J Social Psychiatry* 2006;52(5):432-446.
226. Weich S, Twigg L, Lewis G. Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain: prospective multilevel cohort study. *British Journal of Psychiatry* 2006;188:51-7.
227. Schelin E, Munk-Jorgensen P, Olesen A, Gerlach J. Regional differences in schizophrenia incidence in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(4):293-299.
228. Lindrooth R, Lo Sasso A, Lurie I. The effect of expanded mental health benefits on treatment initiation and specialist utilization. *Health Services Research* 2005;40(4):1092.
229. Hendryx M, Ahern M, Lovrich N, McCurdy A. Access to health care and community social capital. *Health Services Research* 2002;37(1):87-103.
230. Haynes R, Lovett A, Sünnerberg G. Potential accessibility, travel time, and consumer choice: geographical variations in general medical practice registrations in Eastern England. *Environment and Planning* 2003;35(10):1733-1750.

231. Kluge H, Becker T, Kallert T, Matschinger H, Angermeyer M. Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste - eine Mehrebenenanalyse. *Psychiat Prax* 2007;34:20-25.
232. Commander M, Sashidharan S, Rana T, Ratnayake t. North Birmingham assertive outreach evaluation. Patient characteristics and clinical outcomes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(12):988-993.
233. Montgomery P, Kirkpatrick H. Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. *Arch Psychiatric Nursing* 2002;16(1):16-24.
234. Frick U, Frick H. „Drehtür“ in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Mythos oder empirische Realität? Obsan Dossier 12. 2010. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

